CENA 50 ZŁ

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 2 (XIII) Grudzień 1949 Nr 12



WYDAWCA POLSKI CZERWONY KRZYŻ

Koleżankom, Czytelnikom
i Współpracownikom

z okazji

Nowego Roku

Serdeczne życzenia

składa

Redakcja

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek i skrótów, bez porozumienia z autorem.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 2 (XIII) Grudzień 1949 Nr 12



W 70 ROCZNICĘ URODZIN GENERALISSIMUSA JÓZEFA STALINA PŁYNĄ DLA WODZA MAS PRACUJĄCYCH CAŁEGO ŚWIATA NAJSERDECZNIEJSZE ŻYCZENIA OD POLSKIEGO ŚWIATA PRACY, OD CAŁEJ POSTĘPOWEJ LUDZKOŚCI.

PRZYSIĘGA NAD GROBEM LENINA

Towarzysze! My, komuniści — jesteśmy ludźmi szczególnego pokroju. Skrojeni jesteśmy ze szczególnego materiału. Stanowimy armię wielkiego stratega proletariackiego, armię towarzysza Lenina. Nie ma nic absolutnie chlubniejszego ponad miano członka partii, której twórcą i kierownikiem jest towarzysz Lenin. Nie każdy może być członkiem takiej partii. Nie każdemu jest dane znieść trudy i burze związane z przynależnością do takiej partii. Synowie klasy robotniczej, synowie niedoli i walki, synowie niesłychanych cierpień i bohaterskich wysiłków — oto, kto przede wszystkim powinien być członkiem takiej partii. Oto dlaczego partia leninowców, partia komunistów zwie się zarazem partią klasy robotniczej.

Odchodząc od nas, nakazał nam towarzysz Lenin wysoko dzierżyć wielkie miano członka partii i strzec jego czystości. Przysięgamy ci, towarzyszu Leninie, że z honorem wykonamy to twoje przykazanie.

Odchodząc od nas, nakazał nam towarzysz Lenin strzec i umacniać dyktaturę proletariatu. Przysięgamy ci, towarzyszu Leninie, że nie będziemy szczędzili swych sił, aby wykonać z honorem również i to twoje przykazanie!

Odchodząc od nas, nakazał nam towarzysz Lenin wzmacniać ze wszystkich sił sojusz robotników i chłopów. Przysięgamy ci, towarzyszu Leninie, że wykonamy z honorem również i to twoje przykazanie!

Odchodząc od nas, nakazał nam towarzysz Lenin wzmacniać i rozszerzać Związek Republik. Przysięgamy ci, towarzyszu Leninie, że wykonamy z honorem również i to twoje przykazanie!

Odchodząc od nas, nakazał nam towarzysz Lenin wierność zasadom Międzynarodówki Komunistycznej. Przysięgamy ci, towarzyszu Leninie, że nie będziemy szczędzili swego życia, by wzmacniać i rozszerzać związek mas pracujących całego świata — Międzynarodówkę Komunistyczną.

Odchodząc od nas, nakazał nam towarzysz Lenin strzec jedności naszej partii jak oka w głowie. Przysięgamy ci, towarzyszu Leninie, że wykonamy z honorem również i to twoje przykazanie!

Z przemówienia Stalina na II Wszechzwiązkowym
Zjeździe Sowietów 26 stycznia 1924 r.

KIEDY MÓWIMY **STALIN**
— MYŚLIMY **POKÓJ**

„...Stalin zetknął się bezpośrednio z Polakami i ze sprawą polską już we wczesnej młodości. W późniejszym okresie ten kontakt jeszcze bardziej się zacieśnił.

Stalin wysoko ceni polskich fachowców, robotnika, technika, inżyniera. O polskiej klasie robotniczej mówi zawsze z uznaniem. Interesują go sprawy kultury polskiej. Muzyka Chopina jest mu szczególnie bliska.

Stalin brał kierowniczy udział w aktach, które decydowały o niepodległości Polski, a w roku 1945 udział ten stał się całkiem bezpośredni. Stalin własnoręcznie podpisał układ o przyjaźni i współpracy z Polską. Stalin osobiście bronił w Poczdamie naszych granic na Odrze i Nysie, a grunt dla tych granic przygotowywał już w Teheranie i w Jałcie.

Stalin osobiście opiekował się Dywizją Kościuszkowców, potem Korpusem i Armią Polską, formowaną na ziemi radzieckiej. Stalin miał szczególnie ciepły stosunek do Związku Patriotów Polskich.

Po odzyskaniu niepodległości, w najtrudniejszych okresach odbudowy, a dzisiaj — rozbudowy. Stalin nadal przychodzi Polsce z pomocą.

Czy inne narody potrafią wyliczyć tyleż dowodów serdecznego stosunku ze strony Stalina? Na pewno tak. A jednak stosunek Stalina do Polski ma w sobie coś szczególnego.

Oto w maju 1945 roku przybyła do Moskwy delegacja górników polskich. W okresie jej pobytu w Moskwie, na Kremlu, odbył się pod przewodem Stalina bankiet na cześć wszystkich wybitnych ludzi radzieckich, którzy przyczynili się do zwycięstwa nad faszyzmem. Na bankiet ten została zaproszona polska delegacja w pełnym składzie. Byliśmy jedynymi cudzoziemcami na sali. Tam Stalin, w asyście Mołotowa i Rokossowskiego, zaprosił wszystkich Polaków do siebie. Górnicy nasi, po przywitaniu się i wzniesieniu toastu, kilkakrotnie odśpiewali tradycyjne polskie „Sto lat..." Wszyscy byli wzruszeni.

Słowa te w kremlowskiej sali zabrzmiały symbolicznie: cały naród polski ma szczególne powody, by Józefowi Stalinowi życzyć długiego, bardzo długiego życia".

Zygmunt Modzelewski

(„Odrodzenie" Nr 51/52)

„...Najbardziej godne uwagi we współzawodnictwie jest to, że współzawodnictwo wywołuje zasadniczy przewrót w poglądach ludzi na pracę, albowiem przeistacza ono pracę z hańbiącego i ciężkiego brzemienia, za jakie uważano ją dawniej, w sprawę h o n o r u, w sprawę c h w a ł y, w sprawę m ę s t w a i b o h a t e r s t w a. Nic podobnego nie ma i być nie może w krajach kapitalistycznych".

JÓZEF STALIN

„...Siła bolszewików, siła komunistów polega na tym, że umieją otaczać naszą partię wielomilionowym aktywem bezpartyjnym. My, bolszewicy, nie osiągnęlibyśmy tych sukcesów, które mamy teraz, gdybyśmy nie umieli zdobyć dla partii zaufania milionów bezpartyjnych robotników i chłopów. A czego trzeba do tego? Trzeba, żeby partyjnicy nie odgradzali się od bezpartyjnych, żeby partyjnicy nie zasklepiali się w swej skorupie partyjnej, żeby nie chełpili się swoją partyjnością, lecz przysłuchiwali się głosowi bezpartyjnych, żeby nie tylko uczyli bezpartyjnych, ale sami uczyli się od nich".

JÓZEF STALIN

„...Wychowanie i formowanie nowych kadr odbywa się u nas zwykle według poszczególnych gałęzi nauki i techniki, według specjalności. Jest to rzecz niezbędna i celowa. Nie ma potrzeby, żeby specjalista medyk był jednocześnie specjalistą w dziedzinie fizyki czy też botaniki i odwrotnie. Ale istnieje jedna gałąź wiedzy, której poznanie winno być obowiązujące dla bolszewików wszystkich gałęzi nauki — jest nią marksistowsko-leninowska nauka o społeczeństwie, o prawach rozwoju rewolucji proletariackiej, o prawach rozwoju budownictwa socjalistycznego, o zwycięstwie komunizmu".

JÓZEF STALIN

NONNA ŁYŻWAŃSKA

U PROGU PLANU 6-LETNIEGO

DO wybitnych cech socjalistycznego układu sił politycznych i gospodarczo-społecznych należy planowy podział dochodu społecznego, c elem jak najlepszego zaspokojenia jak największej ilości potrzeb społecznych.

W gospodarce uspołecznionej wyklucza się oparcie produkcji na przypadkowych zapotrzebowaniach rynku, regulowanych chęcią zy sku tej lub innej grupy ludzi lub osób pojedyńczych. Podstawą gospodarki uspołecznionej jest:

1) określenie potrzeb społecznych,

2) określenie środków materiałowych oraz kadr potrzebnych do zaspokojenia tych potrzeb,

3) określenie etapów opartych na realnych możliwościach, w jakich te potrzeby będą zaspokojone i w jakim zakresie.

Ten system gospodarczy nazywany jest mia nem **GOSPODARKI PLANOWEJ. Gospodarka planowa ustala źródła, wysokość oraz podział dochodu społecznego.** Znajduje ona swój wyraz w planowaniu długofalowym takim np. jak wy konany obecnie plan 3-letni oraz opracowywany plan 6-letni.

Gospodarka planowa jest realizowana przez **Narodowy Plan Gospodarczy** uchwalany corocznie przez Sejm w formie ustawy.

PODSTAWOWE zadania służby zdrowia, stopień i kierunek jej rozwoju określa również Narodowy Plan Gospodarczy — w dziedzinie polityki zdrowia. Obejmuje on całokształt zagadnień służby zdrowia w zakresie usług, zatrudnienia i finansów. Wysokość środków materialnych niezbędnych do wykonania zadań służby zdrowia postawionych w Narodowym Planie Gospodarczym zapewniają:

a) w zakresie inwestycji — Państwowy Plan Inwestycyjny oraz

b) w zakresie wydatków konsumpcyjnych — Państwowy Plan Finansowy.

Obydwa te plany stanowią zasadniczą częśc Narodowego Planu Gospodarczego, warunkując możliwości jego realnego wykonania.

Znajdujemy się obecnie u progu planu 6-letniego. Jakież są zadania i możliwości realizacji służby zdrowia w Polsce Ludowej przy założeniach gospodarki planowej?

W państwie ludowym troska o człowieka zawsze jest wysuwana na pierwszy plan. Zasadniczymi wytycznymi polityki zdrowia w państwie ludowym są: dążenie do upowszechnienia i ujednolicenia świadczeń zdrowotnych oraz poddniesienie jakości tych świadczeń przez stałe podnoszenie kwalifikacji personelu fachowego i jego wydajności pracy.

W RAMACH tego artykułu zostaną rozważone zagadnienia planowania służby zdrowia na odcinku pielęgniarskim. Plan 6-letni obejmuje w tym zakresie:

1) organizację szkolenia nowych kadr służby zdrowia,

2) organizację lecznictwa otwartego,

3) organizację lecznictwa zamkniętego.

Bez realnego opracowania działu pierwszego, opracowanie działów następnych jest bardzo trudne, częściowo nawet wręcz niemożliwe.

Już w roku 1931 na I zjeździe przemysłowym Józef Stalin powiedział „Kadry decydują o wszystkim" i pod tym hasłem odbywały się wszystkie prace zjazdu. Dało to początek bolszewickiej orientacji w polityce personalnej.

Stan zatrudnienia w zakresie usług pielęgniarskich w końcu planu 3-letniego nie zaspa-

kaja jeszcze nawet w 35% potrzeb społecznych. Liczba pielęgniarek zatrudnionych w służbie zdrowia wynosi zaledwie 11007 przy czym w wielu wypadkach konieczna jest akcja doszkoleniowa, aktualizująca posiadane przez pielęgniarki wiadomości zawodowe.

Zapotrzebowanie usług pielęgniarskich w końcu planu 6-letniego przewiduje łączną liczbę 34.000 osób. Liczba ta obejmuje zarówno pielęgniarki pełnokwalifikowane jak i częściowo uprawnione do wykonywania zawodu.

Drogi realizacji planu na tym odcinku są następujące: w szkolnictwie średnim służby zdrowia przewidziane są szkoły I- i II- stopnia oraz kursy krótkoterminowe. Podział ten zależny jest od programu i czasu trwania nauki oraz cenzusu wstępnego. Wymienione szkoły i kursy kształcą wszystkie rodzaje personelu średniego służby zdrowia. Są to szkoły pielęgniarstwa, pielęgniarsko-położnicze, położnych, asystentek technicznych, opiekunek dzieci i dietetyczek. Szkoły I- stopnia przewidziane są w planie 6-letnim jako szkoły jednoroczne. Szkoły II-stopnia czas trwania nauki zamykają w okresie 2—3 lat. W planie 6-letnim przewiduje się 6 szkół I-stopnia i 50 II- stopnia. Kursy dające całkowite lub częściowe uprawnienia zawodowe trwają od 1 do 6 miesięcy. Rocznie przewiduje się zorganizowanie około 120 kursów tego typu. Z ogólnej liczby absolwentów szkół średnich służby zdrowia ok. 60% wejdzie do zawodu pielęgniarskiego. Ilość ta w połączeniu z kadrami przeszkolonymi na krótkich kursach pozwoli zaspokoić potrzeby społeczne przewidziane w zakresie usług pielęgniarskich w planie 6-letnim.

NA podstawie planu szkolenia można określić zaspokojenie potrzeb w zakresie usług pielęgniarskich w lecznictwie zamkniętym oraz przeprowadzić planowane w tym zakresie prace centralne. Stosunek etatów pielęgniarskich do etatów lekarskich w szpitalach ma się wyrażać jak 2:1. Pielęgniarstwo szpitalne planuje w 6-leciu następujące prace:

1) wprowadzenie w teren zarządzeń i instrukcji regulujących prace pielęgniarki szpitalnej, jak również druki i książki konieczne do statystycznego ujęcia tej pracy,

2) systematyczne instruowanie na odprawach wojewódzkich instruktorek pielęgniarstwa w zakresie ich pracy na odcinku szpitalnictwa,

3) obsadzenie stanowisk przełożonych pielęgniarek we wszystkich szpitalach, jako kierownictwa i instruktorstwa w dziale pielęgniarstwa szpitalnego,

4) przeprowadzanie stałego szkolenia przełożonych pielęgniarek na kursach i odprawach,

5) wprowadzenie akcji doszkoleniowej we wszystkich szpitalach całego personelu pielęgniarskiego, jak również stałe doszkalanie specjalistyczne personelu pielęgniarskiego w różnych gałęziach pracy szpitalnej.

Celem usprawnienia zawodu będą przeprowadzane kontrole pracy i szkolenia personelu pielęgniarskiego conajmniej 2 razy do roku w każdym szpitalu. Przewidziane w planie 6-letnim efekty tych prac zagwarantują ludności pracującej maksimum opieki zdrowotnej w lecznictwie zamkniętym w zakresie usług pielęgniarskich.

PRZECHODZĄC z kolei do planowania w lecznictwie otwartym należy podkreślić osiągnięcia w tej dziedzinie w planie 3-letnim:

1) liczba ośrodków zdrowia wzrosła w tym okresie 2-krotnie,

2) sieć ośrodków zdrowia została b. intensywnie rozbudowana na terenach wiejskich,

3) działalność ośrodków zdrowia zmieniła swe oblicze wprowadzając profilaktykę, lecznictwo ogólne oraz obejmując opieką przede wszystkim ubezpieczonych,

4) przeprowadzono masowe wstępne szkolenie przodowników zdrowia szczególnie na terenach wiejskich, upowszechniając w tych środowiskach zagadnienia oświaty sanitarnej.

5) przeprowadzono centralnie na kursach 2—3 miesięcznych szkolenie instruktorek pielęgniarstwa społecznego dla organizacji prac pielęgniarstwa społecznego w planie 6-letnim. Liczba absolwentek tych kursów wynosi około 100 osób.

W dalszym rozwoju lecznictwa otwartego w planie 6-letnim przewidziane jest przeprowadzenie prac zespoleniowych lecznictwa samorządowego, państwowego i ubezpieczeń społecznych. Prace te zostały podjęte przede wszystkim dla usprawnienia opieki zdrowotnej otwartej nad ludnością objętą ubezpieczeniami społecznymi. Da to możność podniesienia

jakości świadczeń leczniczych oraz objęcia wszystkich ubezpieczonych świadczeniami zapobiegawczymi.

W tym ujęciu rola pielęgniarki w opiece zdrowotnej otwartej nabiera dużego znaczenia oraz rozszerza się znacznie zakres jej pracy. Stosunek 2:1 etatów pielęgniarskich do etatów lekarskich, obliczony jest zarówno dla lecznictwa otwartego, jak i dla lecznictwa zamkniętego; poza tym dla właściwego obsłużenia terenu przewidziane są pielęgniarki terenowe, ściśle powiązane w swej pracy z zespolonymi placówkami lecznictwa otwartego. Jedna pielęgniarka w pracy terenowej w swoim rejonie ma obsłużyć około 3.000 ludności. Zasadą rozmieszczania i rozkładu pracy pielęgniarek jest wysyłanie w teren pielęgniarek doświadczonych z najlepszymi kwalifikacjami zawodowymi, ze względu na to, że praca ich jest ogromnie odpowiedzialna i trudna do szybkiego przekontrolowania.

W okresie planu 6-letniego przewidziane jest obsadzenie wszystkich powiatów przez powiatowe instruktorki pielęgniarstwa społecznego oraz przeprowadzanie 2 razy do roku kursów doszkalających dla tych instruktorek. Poza tym dla instruktorek przeszkolonych będą organizowane 2 razy do roku odprawy usprawniające ich pracę. W zakresie doszkalania i aktualizacji wiedzy pielęgniarki społecznej, przewidziane są 4-krotnie w ciągu każdego roku 2-dniowe odprawy dla pielęgniarek ośrodkowych i terenowych. Na odprawach omawiane będą: wydajność, tempo i styl pracy poszczególnych zakładów służby zdrowia oraz prac pielęgniarskich w tych zespołach. Da to możność objęcia właściwą opieką zdrowotną zarówno chorego jak i całe jego środowisko.

Pielęgniarki społeczne w czasie swej pracy roztoczą również kontrolę nad działalnością przodowników zdrowia na wsi i w przemyśle. Zespoli to pielęgniarki ze środowiskami w których pracują i ułatwi im częstokroć wykonanie zaplanowanych zadań. Jednocześnie kontrola i opieka pielęgniarki społecznej nad pracami przodowników zdrowia pomoże przodownikom w ich pracy sanitarno-oświatowej.

TAK więc 6-letni plan otwiera przed zawodem pielęgniarskim wspaniałe perspektywy włączenia się w budowę państwa socjalistycznego.

Do nas należy wytworzenie odpowiedniego stosunku do pracy, klimatu, tempa i stylu, a racjonalizacja i współzawodnictwo pracy pomogą w zwalczaniu trudności, jakie możemy napotkać na drodze realizacji tego wielkiego planu.

Nonna Łyżwańska

KOLEŻANKI! ZJEDNOCZMY NASZE WYSIŁKI, WYKONUJĄC WSPÓLNE ZADANIA W PLANIE 6-LETNIM — SZYBKO, DOBRZE I RACJONALNIE!



(Foto Schabenbeck. Zakopane)

6-letni Plan Gospodarczy przewiduje rozbudowę sieci zakładów Służby Zdrowia: poradni, sanatoriów i prewentoriów w walce z gruźlicą — smutnym dziedzictwem po ustroju kapitalistycznym w Polsce.

DR ALFRED FIDERKIEWICZ
Przewodniczący Zarządu Głównego
Z.Z.P.S.Z.

Pielęgniarki w Związku Zawodowym

W okresie przedwojennym pielęgniarki nie były związane ze Związkami Zawodowymi ani organizacyjnie ani ideologicznie. Były one pozostawione same sobie i najwyżej tworzyły elitarne, towarzyskie zespoły, które nie znały walki ekonomicznej, a tym bardziej walki klas.

Pomimo dość poważnego wykształcenia nie analizowały one przejawów otaczającego je życia społecznego, uważając, że praca przy chorych to jedynie „samarytański" obowiązek, który należy wykonywać jako zawód, lepiej lub gorzej płatny.

Bardzo często wyzyskiwane, pielęgniarki nie miały sił przeciwstawić się złu, a nie widząc znikąd pomocy, znosiły krzywdy bez perspektywy lepszej przyszłości.

Przemiany ustrojowe — jako rezultat walk klasy robotniczej — spowodowały, że w Polsce Ludowej przestał panować wyzysk i szary człowiek stał się współgospodarzem swojego państwa i zakładu, w którym pracuje.

Jednak dla ludzi wychowanych w środowisku mieszczańskim, oddalonych od istotnych zagadnień społecznych, zmiany te były chwilowo niezrozumiałe.

Bliższa analiza środowiska pielęgniarskiego wykazuje jednak zupełnie inny stan rzeczy. Pielęgniarstwo, zawód ciężki i odpowiedzialny, wymagający wysiłku fizycznego i umysłowego, w wyniku kapitalistycznej polityki przedwojennej Polski, został wyłączony z szeregu innych zawodów, zepchnięty na pozycję elitarnego światka, bez miejsca i bez przyszłości. Dziś, gdy zwalczamy szereg przesądów i dążeń zawodu pielęgniarskiego do izolacjonizmu, znajduje on swe właściwe miejsce w Związku Zawodowym Pracowników Służby Zdrowia, jako czynnik konstruktywny. Pielęgniarki polskie stają się solidarnymi współpracownikami w budowie nowego ustroju, współpracownikami świadomymi.

Wszyscy pracownicy zakładów służby zdrowia to zespół ludzi szczytnego zawodu, roztaczającego opiekę nad zdrowiem człowieka pracy.

Polskie kadry pielęgniarskie są jeszcze za małe w stosunku do potrzeb rozwijającego się lecznictwa i profilaktyki, trzeba więc dużo dobrej woli i wysiłku, ażeby zaspokoić te potrzeby. Mamy już wyraźne dowody, że pielęgniarki pracą swą uzupełniają istniejące luki, coraz wydajniej pracują zawodowo i wykazują coraz większe zainteresowanie w pracy społecznej.

Wiele pielęgniarek bierze udział we współzawodnictwie pracy, dowodem czego jest przeszło 100 przodowniczek, które przy premiowaniu oświadczyły z entuzjazmem, że to ich pierwsze kroki i że w drugim etapie napewno jeszcze bardziej usprawnią swoją pracę, korzystając z nabytych doświadczeń.

Jest to objaw bardzo pocieszający, pielęgniarka bowiem, którą w ustroju burżuazyjnym umyślnie oddzielano zarówno od niższych jak i wyższych pracowników służby zdrowia, dziś wchodzi w nurt życia związkowego i wykonuje zadania nasuwające się w codziennej pracy całego zespołu pracowników w zakładzie pracy.

Niejednokrotnie jednak słyszy się, że pielęgniarki biorą zbyt mały udział w pracach kół związkowych, w wielu wypadkach stronią od pracy organizacyjnej i niedoceniają znaczenia dokształcania się ideologicznego. Są to błędy poważne, pielęgniarka bowiem musi nadrobić braki uświadomienia i wyrobienia społecznego, w myśl nauk Lenina, że Związek Zawodowy to szkoła rządzenia, szkoła gospodarowania.

Praca społeczna w swoim Kole i udział w akcji związkowej jest nie tylko obowiązkiem

wobec państwa, jest to także wywieranie wpływu na kształtowanie się życia społecznego w zakładzie pracy, usprawnienie machiny zakładowej, a tym samym wywieranie wpływu na poprawę bytu pracowników.

Drugim, ogromnie ważnym zadaniem jest dokształcanie się i specjalizacja w swoim zawodzie. Inicjatywa dokształcania winna wyjść od samych pielęgniarek, zagadnieniem tym należy zainteresować Koło Związkowe, Oddziały Związku oraz Zarząd Główny Związku, które ze swej strony postarają się dopomóc swym członkiniom.

Dokształcanie i specjalizacja zastępów pielęgniarek polskich jest również poważną troską Ministerstwa Zdrowia, które docenia braki kadr średniego personelu Służby Zdrowia.

W obecnej dobie budowy nowej Służby Zdrowia, obejmującej cały polski świat pracy, w dobie powstawania szeregu nowych zagadnień profilaktyki i lecznictwa, zarówno w mieście jak i na wsi, wyłoniła się paląca potrzeba stworzenia nowego typu pielęgniarki, pozostającej na wysokim poziomie zawodowym i społecznym.

Alfred Fiderkiewicz

Dr EDWARD PANKIEWICZ

IX POLSKI ZJAZD PRZECIWGRUŹLICZY

OBOK Polskiego Instytutu Przeciwgruźliczego powołanego do pracy naukowej w 1948 r. przez Ministerstwo Zdrowia istnieje w Polsce inna placówka naukowa w tejże dziedzinie, a mianowicie: Polskie Towarzystwo Badań Naukowych nad Gruźlicą. Towarzystwo to zwołało do Łodzi we wrześniu 1949 r. IX Zjazd Przeciwgruźliczy celem omówienia aktualnych Zagadnień. Zjazd był mobilizacją naszych naukowców dla wymiany doświadczeń i spostrzeżeń na tematy, jakie będą rozpatrywane w skali światowej w 1950 r. na posiedzeniu Międzynarodowej Unii Przeciwgruźliczej w Paryżu.

NA czoło zagadnień wysuwa się **streptomycyna** i wyniki leczenia osiągnięte przy jej pomocy. Stąd też, streszczając wyniki obrad, należy skoncentrować uwagę na tym leku, by móc polskiej pielęgniarce dać najświeższe wiadomości z omawianej dziedziny. Z grupy naukowców, badających działanie streptomycyny, przytoczę autorów główniejszych prac.

KAROL JONSCHER wygłosił referat dotyczący leczenia streptomycyną ostrych postaci gruźlicy wieku dziecięcego.

Materiał chorych obejmował 165 przypadków, z których 26 wyleczono (16%), zgonów zaś było 101 (61%).

W podanej liczbie było 105 przypadków gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z 17 przypadkami wyleczenia (16%). Obserwacje dotyczące leczenia streptomycyną tych przypadków chorobowych pouczają, że odpowiednie dawkowanie nie powoduje powstania szkodliwych powikłań nawet wówczas, kiedy stosuje się streptomycynę przez długi czas np. pół roku, a nawet do roku. Występuje wtedy jedynie uszkodzenie błędnika, które dzieci tak kompensują, że nie spostrzega się tego zwykłą obserwacją.

Przy podawaniu streptomycyny występują niekiedy przejściowe zaburzenia objawiające się gorszym samopoczuciem, wysypką itp., są to jednak wypadki rzadkie i łatwe do opanowania. Wystarcza bowiem kilkudniowa przerwa w podawaniu tego antybiotyku.

Poza wspomnianymi uszkodzeniami mogą u ozdrowieńców również występować uszkodzenia zależne od samego procesu chorobowego w oponach i tkance mózgowej. Do nich zaliczy-

my niedowłady nadgarstka i palców rąk, szpotawe ustawienie stopy, niedowład nerwu okoruchowego z opadnięciem powieki górnej, czasem porażenie połowicze. Powikłania te obserwowane były rzadko.

Powodzenie leczenia zależy w znacznej mierze od szybkości rozpoznania i czasu rozpoczęcia leczenia. Im leczenie jest wcześniej rozpoczęte, tym lepsze osiąga wyniki.

Drugą jednostką chorobową wieku dziecięcego jest gruźlica prosówkowa, która w leczeniu streptomycyną daje stosunkowo duży odsetek pomyślnych wyników, o ile nie wystąpi powikłanie gruźliczym zapaleniem opon.

Powikłanie to występuje jednak często i to niezależnie od okresu leczenia streptomycyną. Głównymi przyczynami zejść śmiertelnych są: wodogłowie, ponowny ostry rozsiew w układzie nerwowym, a wreszcie nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej.

JANINA MISIEWICZ wygłosiła referat pt.: „Streptomycyna w leczeniu gruźlicy dorosłych". Z tego niezwykle ciekawego doniesienia wynika, iż streptomycyna jest skutecznym lekiem w gruźlicy.

Na podstawie dokładnych obserwacji klinicznych ustalono, że nawet liczne zmiany gruźlicze: świeże, drobnoogniskowe i niezserowaciałe, goją się przez bliznowacenie. Tam gdzie nastąpi zniszczenie tkanki płucnej nie można oczekiwać innego wyleczenia, jak przez otoczenie zniszczonych zmian serowatych otoczką łącznotkankową. Większe ogniska serowate nie leczą się streptomycyną.

Ciekawe jest, że poszczególne narządy wykazują różną skłonność do łatwiejszego lub trudniejszego gojenia się pod wpływem streptomycyny. Płuco na przykład goi się lepiej, niż inne narządy. Różnice te jednak sięgają jeszcze dalej. Zmiany bowiem, znajdujące się na powierzchni narządu goją się łatwiej, niż położone w głębi tegoż narządu. Stąd też trudno ocenić wynik leczenia, ponieważ nawet wyleczenie zmian w jednym narządzie nie gwarantuje wyleczenia zmian gruźliczych istniejących w innych narządach. Zjawisko to należy tłumaczyć tym, że w przewlekłej gruźlicy różnych narządów istnieją zmiany chorobowe w różnym stopniu rozwoju. Obok zmian starych serowatych, nie poddających się leczeniu, istnieją zmiany świeże, stosunkowo łatwo leczące się streptomycyną, dlatego też poprawę stanu ogólnego widać w prawie wszystkich przypadkach leczonych streptomycyną.

Niekiedy występują bardzo efektowne wyniki leczenia, jak na przykład znikanie świeżych jam w płucach. Jednakże stare jamy, jak również zmiany włókniste nie ulegają wyleczeniu.

Czynnikiem towarzyszącym gojeniu się zmian gruźliczych w czasie podawania streptomycyny może być obfite tworzenie się blizn łącznotkankowych. Stąd też w leczeniu tym mogą powstawać trwałe zwężenia krtani, tchawicy, oskrzeli lub jelit.

Streptomycynę podaje się dorosłym domięśniowo w ilości od 0,5 do 1,0 g na dobę. W ostrych postaciach, jak gruźlica prosówkowa lub zapalenie opon mózgowych dawka dobowa jest większa i dochodzi do 2,0 g, zwłaszcza w pierwszych tygodniach leczenia. Dawki wyższej nie stosuje się. Czas trwania leczenia wynosi przeciętnie 6 tygodni.

Dalsze prowadzenie leczenia nie poprawia osiągniętych w tym czasie wyników, może być nawet powodem powstania prątków opornych na streptomycynę. Jeśli wyobrazimy sobie, że część takich chorych pozostanie zakaźnymi, to odksztuszane prątki streptomycynoodporne zakażać będą innych osobników, których trudniej będzie leczyć streptomycyną.

Leczeniu streptomycyną nie należy przypisywać znaczenia społecznego, tylko mała bowiem część leczonych tym lekiem staje się niezakaźna. Stąd też nawet powszechne leczenie streptomycyną nie wpłynęłoby w znaczniejszym stopniu na zmniejszenie ilości gruźlicy w Polsce. Dla większości zatem chorych najskuteczniejszą metodą leczniczą pozostaje nadal **leczenie zapadowe** ze stosowaniem sztucznej odmy na czele.

WŁODZIMIERZ KURYŁOWICZ podał dane dotyczące streptomycyny i jej wpływu na prątka gruźlicy. Podkreślił zjawienie się oporności prątka gruźlicy na działanie streptomycyny wówczas, kiedy prątki znajdują się w obecności takich dawek, które niezupełnie hamują ich wzrost. Wyjaśnił również mechanizm działania streptomycyny na prątki gruźlicze, oraz szereg innych szczegółów odnoszących się do tego antybiotyku i innych leków chemoterapeutycznych.

* * *

W dalszych głównych referatach poruszano tematy takie, jak **gruźlica oskrzeli** u dorosłych i u dzieci, **bronchografia i bronchoskopia.**

W ramach jednego artykułu nie sposób jest streścić te ważne i ciekawe tematy, muszą być one poruszone innym razem.

Zastanawiając się nad celowością takiego zjazdu musimy stwierdzić, że stanowi on korzystną wymianę doświadczeń i spostrzeżeń naszych badaczy i podkreśla wkład nasz w osiągnięcia naukowe w skali światowej. Postępy te

bowiem są drogą, którą posuwa się myśl ludzka w celu wynalezienia skutecznego leku przeciwgruźliczego.

W chwili obecnej **jedyną społeczną metodą** zwalczania gruźlicy jest — poza profilaktyką — **leczenie zapadowe.** Znakomity rozwój chirurgii klatki piersiowej znacznie poprawia wyniki lecznicze tych przypadków, w których odma lecznicza nie może być wytworzona. Nie mniej wysiłki dotychczasowe nie trafiają w sedno zagadnienia. Właściwym powszechnym sukcesem leczenia gruźlicy będzie nieodkryty jeszcze lek przeciwgruźliczy. Stawka jest wielka. Czterdzieści tysięcy zgonów rocznie i ponad 300.000 chorych na zakaźną gruźlicę to groźna liczba ofiar tej choroby.

W obliczu istnienia takich leków, jak streptomycyna i PAS mimo, iż nie dorównują one stawianym wymaganiom, śmiało rzec można, iż niedługo nadejdzie czas, kiedy zostanie odkryty właściwy lek, niszczący gruźlicę s k u t e c z n i e.

Edward Pankiewicz

BARBARA KRZEMIŃSKA
Pielęgniarka Sanatorium P.C.K.
Zakopane

Pielęgnowanie przy gruźlicy płuc



WAF

Wzorowo urządzone Sanatorium Wojskowe w Otwocku

GRUŹLICA jest chorobą zakaźną, przewlekłą, przeważnie długotrwałą. Do pracy przy tych chorych pielęgniarka musi mieć specjalne przygotowanie.

W zasadzie gruźlicą można się zarazić podobnie jak każdą chorobą zakaźną, z obserwacji jednak wiemy, że personel pracujący niekiedy przez długie lata wśród gruźlików nie choruje, a więc mimo ciągłego kontaktu z chorobą wykazuje odporność. Natomiast, chorzy na gruźlicę, żyjący wśród rodziny, w złych warunkach higienicznych po krótkim już czasie zarażają swe najbliższe otoczenie. Brak higieny przy chorym nie tylko działa szkodliwie na osobnika chorego, ale także sprzyja łatwemu zakażaniu otoczenia. W zapobieganiu gruźlicy, jak i w leczeniu dużą rolę odgrywa higiena, dlatego też powinniśmy o niej pamiętać, jeśli chcemy dobrze i długo pracować przy chorych tego rodzaju.

Jednym z najczęstszych zabiegów stosowanych w gruźlicy płuc, jest odma sztuczna. Opis tego zabiegu podaliśmy w nr 2/3 1948 r. naszego pisma.

Pielęgniarka na oddziale gruźliczym powinna dobrze obserwować, aby w każdej chwili ułatwić pracę lekarzowi i pomóc choremu. Każda odma może bowiem dać powikłania w postaci wysiękowego lub suchego zapalenia opłucnej.

Pierwsze podejrzenie nasuwa ciepłota podniesiona do 38°, suchy kaszel, ból w boku i charakterystyczne kłucia. Pacjent musi pozostać w łóżku, na zlecenie podajemy mu środki przeciwbólowe i stwarzamy takie warunki, aby mógł gruntownie wypocząć. Pilnujemy, aby dieta była lekkostrawna, pokój często wietrzony, okłady szczelne i starannie stosowane, dwa razy dziennie zaś nacieramy choremu plecy i pośladki spirytusem i talkiem.

PUNKCJA OPŁUCNEJ

Przygotowanie

Szykujemy na tacy — sterylizator, igły długie ostre (lub odmowe — zależy od lekarza), strzykawkę do ściągania płynu, spirytus, jodynę, jałową probówkę do pobierania płynu na badanie bakteriologiczne, nerkę, ceratkę z podkładem. W pogotowiu mamy również środki nasercowe i płyn do ewentualnego płukania opłucnej, np. riwanol 1:1000.

Pacjent rozebrany do połowy siedzi z ręką podniesioną i opartą na głowie. Ktoś z personelu powinien podtrzymywać rękę chorego, która drętwieje i męczy się, gdy zabieg trwa dłużej.

TORAKOSKOPIA

Przepalanie zrostów jest zabiegiem bardzo ważnym, gdyż zrosty uniemożliwiają zakładanie odmy względnie zmniejszają jej skuteczność.



(WAF)

Postępowanie:

Przed zabiegiem na zlecenie wstrzykujemy choremu morfinę lub pantopon. Włosy pod pachą golimy i skórę zmywamy dokładnie wodą z mydłem, następnie spirytusem oraz jodynujemy. Chory pozostaje na czczo. W czasie zabiegu podtrzymujemy rękę chorego (pozycja jak przy odmie) i obserwujemy tętno i oddech. Środki nasercowe mamy jak zwykle w pogotowiu. Zabieg trwa niekiedy długo, nawet do trzech godzin.

Chory męczy się, zwracamy uwagę, by oddychał równo, spokojnie, każde bowiem najlżejsze poruszenie klatki piersiowej utrudnia pracę chirurga. Po zabiegu, pacjenta z zasady się prześwietla. Układamy następnie chorego do łóżka w pozycji na boku zdrowym, bok zaś operowany obciążamy woreczkiem z piaskiem. Baczymy, ażeby woreczek nie zsuwał się. Przepalone kikuty zrostów łatwo mogą skleić się na nowo jeśli klatki piersiowa narażona będzie na częste ruchy. Podajemy środki uspokajające kaszel. Dieta normalna. Po 7 dniach zdejmuje się klamerki i kładzie jałowy opatrunek. Jeżeli nie ma komplikacji, pacjent po 10 dniach może wstać z łóżka.

KRWOTOK

Krwotok nie zawsze jest objawem daleko posuniętego procesu gruźliczego, niekiedy uszkodzenie małego naczynka powoduje obfite krwawienie. Chorego krwawiącego nie wolno ani na chwilę pozostawiać samego, nie należy jednak mobilizować zbyt wielu osób. Trzeba zachować się spokojnie i działać prędko bez zdenerwowania. Krew najlepiej od razu sprzątnąć, aby chory nie przeraził się ilością utraconej krwi. Najlepsza pozycja jest półsiedząca, jeżeli jednak chory leżał dotąd na wznak to nie wolno go od razu przeprowadzać do pozycji półsiedzącej, lecz robić to stopniowo, powoli. Nagła zmiana pozycji mogłaby doprowadzić do większego krwawienia. Zapewniamy choremu spokój, pozwalamy rozmawiać tylko szeptem, gdyż głośna rozmowa może spowodować kaszel.

W czasie krwotoku zazwyczaj kładzie się choremu worek z lodem na klatkę piersiową. Chory chętnie przetrzymuje go i boi się z nim rozstać, aby nie spowodować krwawienia na nowo, jest to postępowanie błędne, może być nawet szkodliwe, ponieważ naraża chorego na zaziębienie, a nawet na zapalenie płuc, które może stać się przyczyną śmierci. Chodzi tu o ucisk, nie zaś o działanie zimna, worek z lodem można z powodzeniem zastąpić workiem z piaskiem. Można choremu dać lód do połykania małymi kawałeczkami celem usunięcia podrażnienia na skutek przekrwienia krtani. Pamiętajmy jednak znów, że na krwawienie jako

takie nie ma to wpływu, zimno bowiem działając na przełyk nie przeniknie do miejsc krwawiących. Powstaje jeszcze obawa, że im więcej lodu chory przyjmuje, tym bardziej oziębia błonę śluzową żołądka i może spowodować zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego.

Jednym z elementarnych środków powstrzymujących krwawienie jest sól kuchenna w postaci roztworu (1 łyżeczka soli na 1 szklankę wody), który stawiamy przy chorym i podajemy łyżeczkami do picia. Dożylnie stosuje się Calcium Chloratum, Calcium Gluconatum, czerwień Kongo, Sango-Stop itp. W apteczce powinna być żelatyna, która — jak wiemy — podnosi lepkość krwi. Ostatecznie, gdy krwawienie nie ustępuje, dajemy na zlecenie lekarza morfinę. Morfina uspokaja chorego, zwalnia akcję serca i pogłębia oddech. Pamiętać również musimy o środkach przeciwkaszlowych (kodeina).

W ciągu pierwszej doby podajemy choremu krwawiącemu pokarm chłodny. Jedzenie podajemy w małych ilościach, przeważnie w postaci papki, kleiki, kaszki, mleko, galaretki, przecierane jarzyny (za wyjątkiem grochu, fasoli, kapusty). Nie trzeba chorego zmuszać do jedzenia, krwotok jest poważnym wstrząsem psychicznym i wpływa również na upośledzenie łaknienia. Po kilku dniach powracamy do odżywiania bardziej intensywnego. Trzeba dbać, by chory miał regularne wypróżnienia. Nie podawać choremu większej ilości płynów, ponieważ obciąża to pracę serca.

Po krwotoku chory jest zazwyczaj bardzo osłabiony, poci się, męczy przy każdym wysiłku. Początkowo staramy się karmić pacjenta, gdyż samodzielne jedzenie męczy go. Zdarza się, że pacjent jest tak słaby, że w ogóle odmawia jedzenia, aby uniknąć wysiłku.

Codzienne, niezależnie od stanu chorego należy go porządnie w łóżku umyć, przesłać łóżko i w razie potrzeby zmienić bieliznę. Ostrożne mycie na pewno nie spowoduje krwotoku a poprawi samopoczucie chorego.

Krwioplucie jest zjawiskiem częstym; chorzy są do tego poniekąd przyzwyczajeni, chociaż każde pojawienie się krwi wywołuje niepokój. Przestrzegamy wówczas chorego, by nie wstawał z łóżka. Poza tym postępowanie jak przy krwotoku. Uporczywe krwioplucia trwają nieraz 4—6 tygodni. Niekiedy chory załamuje się, jest bardzo zmęczony, popada w depresję. Trzeba z całą cierpliwością stosować zalecone przez lekarza zabiegi, a choremu tłumaczyć, że samo krwawienie nie świadczy wcale o daleko posuniętej gruźlicy.

TORAKOPLASTYKA *)

Chory przed zabiegiem leży 3 tygodnie w łóżku. W tym czasie pacjent musi mieć wyjątkowy spokój, dokoła pogodną atmosferę, może czytać i pisać. Kontrolujemy skórę na plecach i jeśli są tam wypryski, to dwa razy dziennie zmywamy spirytusem salicylowym i pudrujemy. Wypryski ropne smarujemy maścią sulfamidową. Należy baczyć, by chory miał regularne wypróżnienia, w tym celu podawać można codziennie szklankę mleka zsiadłego. Chory powinien być dobrze odżywiany, jednak nie w nadmiernej ilości, bo powoduje to obciążenie pracy serca, niepokój itp.

Przez 3 tygodnie staramy się uświadomić pacjenta o czekającej go operacji. Tłumaczymy, że chirurgiczne leczenie gruźlicy wymaga wielkiej cierpliwości, że trzeba ją zachować w ciągu tygodni i miesięcy. Pacjent musi nauczyć się gwizdać, co jest konieczne dla ułatwienia wentylacji świeżo uciśniętego płuca. Musi zrozumieć, jak konieczna jest gimnastyka kończyn górnych, głębokie wdechy i wydechy.

OBOWIĄZKI PIELĘGNIARKI PRZY CHORYM Z KOMPLIKACJAMI

Bardzo często chory już na 3 dzień po operacji czuje się źle. Temperatura się podnosi, bóle potęgują się, zjawiają się trudności w oddychaniu, zupełny brak apetytu, niepokój lub apatia. Pacjenta nalezy wówczas otoczyć specjalną opieką, zwłaszcza w nocy, gdyż wtedy wzrasta zwykle złe samopoczucie i niepokój. Należy podawać często płyny do picia, mierzyć tętno, oddech, ciśnienie krwi, dbać o czystość ciała, ponieważ chory poci się obficie. Należy również dbać o czystość jamy ustnej. Poduszki należy często przekładać, ponieważ szybko się rozgrzewają. Jedzenie podawać w małych ilościach lecz często, najlepiej ciepłe płyny, mleko, kompoty, herbatę z cytryną. Gdy chory dostaje środek wykrztuśny i kaszle, trzeba uciskać operowany bok i pomagać choremu, by się nie męczył. Kaszel po operacji sprawia choremu ból, dlatego chory obawiając się bólu nie kaszle, co powoduje, że płuca nie oczyszczają się, plwocina za-

*) Szczegóły dotyczące zabiegu znajdzie czytelnik w Nr 4 1949 r.

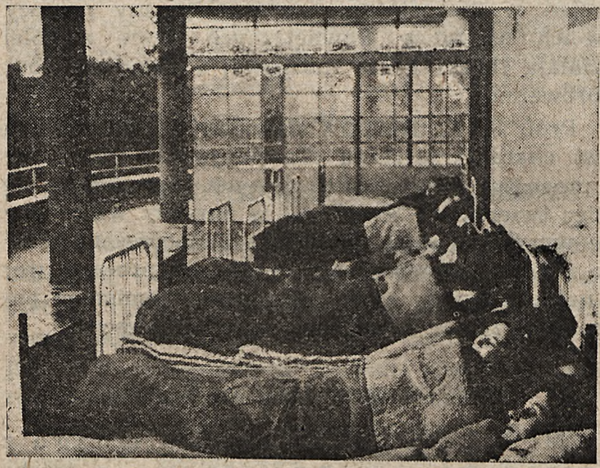
lega w oskrzelach. Trzeba choremu przypominać o kaszlu i odpluwaniu.

Pokój należy często wietrzyć, aby utrzymać jednakową, umiarkowaną temperaturę. W razie pęknięcia szwów krwawiące miejsce natychmiast osuszyć jałowym tamponem, zabandażować i bezzwłocznie zawiadomić lekarza.

Pacjenci z przetoką po torakoplastyce odczuwają zmęczenie, wyczerpanie, a seton czy dren w plecach stale drażni i sprawia ból. Plecy takiego chorego należy zmywać 2 razy dziennie wacikiem ze spirytusem, a okolice samej rany lekko smarować maścią cynkową. Po zdjęciu plastra trzeba zawsze robić dokładną toaletę skóry, pamiętając, by chorzy ze sprawą ropną, którzy nie mogą być odizolowani, mieli oddzielne naczynia, miednicę itp. Pielęgniarka zaś powinna pamiętać, że na źle umytych rękach, brudnych fartuchach i źle sterylizowanych naczyniach może przenieść ropę do innych chorych.

SANATORIUM

Regulamin sanatoryjny, czyli plan dnia, jest zasadniczym warunkiem poprawy zdrowia pacjenta. W sanatorium panuje monotonia, jeden dzień podobny jest do drugiego, godzin posiłków przestrzega się z przesadną punktualnością, tak samo jak godzin snu czy werandowania.



WAF

Chory w domu, choćby w najlepszych warunkach, lecz nie objęty regulaminem nie uzyska tego, co kuracja dać powinna. Leżenie i świeże powietrze to dwa czynniki, które odpowiednio dawkowane stanowią lekarstwo najważniejsze. Chory powinien werandować do 7 godzin dziennie. Okrycie zimą powinno być ciepłe i szczelne. W żadnym wypadku nie można chorego wystawiać na działanie promieni słonecznych. Najlepsza pozycja na leżaku jest półsiedząca lub na wznak.

Latem chory powinien werandować w luźnym sanatoryjnym ubraniu, bez ciasnego kołnierzyka itp. W czasie werandowania chory może czytać, roboty ręczne na leżaku nie są wskazane, ponieważ męczą ręce i klatkę piersiową. Obok leżaka musi stać spluwaczka.

Obowiązkiem pielęgniarki jest częste kontrolowanie werandy. Zdarza się, że chory uśnie, (co nie jest wskazane), odkryje się i naraża się na przeziębienie. W czasie tak zwanej „cichej werandy" popołudniowej, bezwzględnie należy przestrzegać, by chorzy nie rozmawiali i wypoczywali w zupełnym spokoju. Powinno się przyzwyczajać pacjentów, aby w czasie ciszy nie opuszczali w ogóle werandy i aby wstawali punktualnie na dany sygnał. Chorzy z temperaturą ponad 37,5° werandować nie powinni. O ile w czasie werandy chory odczuwa zimno, powinien od razu wrócić do sali.

Gdy pacjenci są na leżalni należy zamknąć okna w pokojach, aby chory miał ciepło w pokoju, gdy się będzie przebierać.

Spluwaczki powinny być szklane, zakręcane. Należy chorych nauczyć, jak pluć do spluwaczki (przykładać lekko szyjkę spluwaczki do ust bez obaw, gdyż spluwaczkę gotuje się pod dużym ciśnieniem i jest na prawdę czysta). Jeżeli chory leży, możemy mu dać spluwaczkę blaszaną, ale koniecznie z przykryciem. Nie wolno zostawiać przy łóżku nerek i brudnych naczyń, szczególnie w porze letniej, gdyż muchy, siadając na zakażonych naczyniach, łatwo przenoszą zarazki na otoczenie. W razie gdy chory wymiotuje najlepiej podać mu szklany słój z roztworem lizolu na dnie.

Okno powinno być otwarte stale, w dzień i w nocy. Jeżeli chory poci się, należy okno zamknąć i zmienić bieliznę. Bielizny przepoconej nie wolno suszyć w pokojach chorych.

U ciężko chorych należy pamiętać o zapobieganiu odleżynom. Chory powinien myć zęby dwa razy dziennie. Na to należy zwrócić uwagę, gdyż niektórzy chorzy nie myją zębów, niechże więc pobyt w sanatorium wpłynie na pacjenta wychowawczo. Nie wolno zaniedbywać dokładnego mycia całego ciała. Ciężko chorym nie należy dawać ciasnych piżam, gdyż to utrudnia podawanie basenów i stanowi dla chorego przeszkodę.

W czasie podniesienia ciepłoty chory niemal całkowicie traci apetyt. Znając swych pacjentów, wiemy w jakich godzinach występuje podniesienie ciepłoty i wówczas, o ile tylko warunki pozwolą, można zaproponować choremu, aby zjadł p r z e d wystąpieniem temperatury.

Chory w sanatorium nudzi się. Mimo iż dzień podzielony jest regulaminem pamiętać trzeba, że przed przyjściem do sanatorium chory pracował zawodowo. Nagła zmiana dotychczasowego trybu życia na bezczynne spędzanie dnia jest dużym wstrząsem, dlatego trzeba przygotować choremu jakąś przyjemną lekką pracę, którąby mógł się zająć w wolnych godzinach. Roboty na drutach, klockach, wyrabianie ozdób i drobnych rzeczy z filcu i wełny można bardzo ładnie i tanio zorganizować. Najlepiej gdy cały oddział wykonuje jakąś jedną pracę, powstaje wówczas ogólne zainteresowanie, a nawet rywalizacja. Błędne jest mniemanie, że tylko kobiety zajmują się ręczną robotą, mężczyźni bardzo chętnie poświęcają czas na roboty tego rodzaju, trzeba im tylko pracę zorganizować.

ŚWIETLICA

Każde sanatorium posiada świetlicę, gdzie pacjenci chętnie przebywają. Należy zwracać uwagę, by w świetlicy nie było tłoku i często ją wietrzyć. Chorzy mogą grać w szachy, warcaby i gry towarzyskie. Papierosów w świetlicy pod żadnym warunkiem palić nie wolno, podobnie zresztą jak w pokojach i na leżalniach, lecz tylko w miejscu na to przeznaczonym, tj. w palarni. Chory nie powinien siedzieć w palarni dłużej jak tylko przez czas palenia, ponieważ powietrze jest tam przepojone nikotyną, nieczyste i szkodliwe dla chorych płuc.

Barbara Krzemińska

Prof. F. ANDREJEW

Leczenie snem chorób wewnętrznych

LECZENIE chorób wewnętrznych snem stosowane jest obecnie szeroko w szeregu klinik i szpitali radzieckich. W Instytucie chirurgicznym Akademii Nauk Lekarskich ZSRR używa się tej metody dla leczenia choroby wrzodowej przewodu pokarmowego. Z klinik w Woronežu, Swierdłowsku i in. donoszą o dodatnich wynikach leczenia metodą długotrwałego snu.

Leczenie snem nie jest odkryciem przypadkowym, lecz logicznym wnioskiem ze znakomitych osiągnięć szkoły I. P. PAWŁOWA.

Pawłow pierwszy wyjaśnił istotny charakter wzajemnej zależności mózgu z narządami wewnętrznymi w warunkach normalnego życia zwierząt zdrowych. Wykorzystał on—jak wiemy — wydzielanie śliny czy soku żołądkowego dla analizowania funkcji kory mózgowej i na podstawie takich właśnie elementarnych aktów psycho-somatycznych (cielesnych—przyp. tłum.) ustalono właściwy wzajemny związek pomiędzy ośrodkowym układem nerwowym a procesami toczącymi się w przewodzie pokarmowym.

WĘDRÓWKA BODŹCÓW

W normalnych warunkach **każdy narząd wewnętrzny oddziałuje i reaguje z matematyczną niemal dokładnością na bodźce psychiczne.**

Ustrój ludzki dostosowuje się nieustannie do zmian w otaczającym środowisku przy pomocy swoich narządów wewnętrznych, które z kolei działają dzięki korze mózgowej i układowi podkorowemu.

Prof. K. M. BYKOW dowiódł, że zależność ta jest charakterystyczna dla wszystkich narządów i procesów wewnątrzustrojowych. Sprawdziło się więc twierdzenie Pawłowa, że **narządy wewnętrzne wysyłają bodźce do mózgu.** Jednocześnie **bodźce z kory mózgowej wywierają na procesy wewnętrzne wpływ kierujący** a nawet zmieniać potrafią przebieg odruchów bezwarunkowych.

BODŹCE ZOSTAWIAJĄ ŚLADY

M ó w i ą c o p o ł ą c z e n i a c h m ó z g u z n a r z ą d a m i w e w n ę t r z n y m i trzeba zwrócić uwagę na zasadniczą właściwość mózgowych komórek nerwowych, mianowicie na ich **zdolność przechowywania śladów po dawniejszych bodźcach.** Z tego wynika, że ta czy inna choroba, powstająca raz jako pewien określony zespół, pozostaje odtąd jako nowy, patologiczny, nierozdzielny dodatek do normalnych więzi, łączących mózg z chorym narządem wewnętrznym. Aby zatem osiągnąć należyty skutek, prawdziwe leczenie przyczynowe **musi usunąć ten patologiczny,** utrwalony przez czas, zespół mózgowy.

Aczkolwiek dane kliniczne przekonują teoretycznie o istnieniu zależności psycho - somatycznych, to jednak problem, czy genezy chorób wewnętrznych szukać należy w mózgu, jest bardzo skomplikowany. Pierwszym niezaprzeczalnym dowodem takiego pochodzenia niektórych chorób wewnętrznych stał się dopiero efekt **długotrwałego snu.**

ROZKOJARZENIE CZYNNOŚCI MÓZGU

Jeśli chodzi o mechanizm patogenezy schorzeń wewnętrznych biorących swój początek w mózgu, obojętnie w jakim miejscu, zakładamy, że polega on na r o z k o j a r z e n iu stosunków korowo-podkorowych, mianowicie na osłabieniu kory i odhamowaniu układu podkorowego. Schemat ten opierany na tezie Pawłowa, który wyjaśniał wegetatywno-emocjonalne objawy histerii przy pomocy wykazania naruszenia prawidłowej koordynacji kory mózgowej z układem podkorowym. Pawłow pisał, że kora mózgowa hamuje działalność układu podkorowego i, że w razie wyłączenia kory (**świadomość**—przyp. red.), układ podkorowy wykazuje czynność mniej lub więcej chaotyczną, pozbawioną miary i zgodności z otaczającymi warunkami. Pawłow zaobserwował, że podrażnienie układu podkorowego zwiększa pobudliwość kory mózgowej i prowadzi do jej wyczerpania.

Mózg spełnia w ustroju rolę naczelną, organizuje procesy somatyczne i kieruje nimi, wobec tego i dynamika schorzeń narządów wewnętrznych zależy od stanu mózgu. Rozkojarzenie czynności mózgu może stać się powodem schorzenia somatycznego, a sprawy patologiczne toczące się na peryferiach ustroju oddziaływują na mózg. Twierdzenie to nie zaprzecza istnieniu praw rządzących rozwojem i przebiegiem procesów miejscowych; uważamy je za zewnętrzne oznaki procesów mózgowo-somatycznych w ustroju jako całości.

SEN KOORDYNUJE CZYNNOŚCI MÓZGU

Pawłow pierwszy wykazał, że sen spełnia rolę ochronną, rolę hamulca, który zapobiega wycieńczeniu i umożliwia ośrodkowemu układowi nerwowemu powrót do prawidłowej czynności. On też pierwszy zaproponował leczenie niektórych chorób psychicznych przy pomocy snu.

Zgodnie z naszym wyobrażeniem o wewnątrzmózgowym mechaniźmie patogenezy schorzeń somatycznych zastosowaliśmy kombinację z „korowych" i „podkorowych" środków nasennych. Do grupy środków działających na korę mózgową należy **wodan chloralu** w ilości 1,5 g na dobę, do „podkorowych" — **barbituraty** (Amital-natrium, Barbamil), rzadziej Luminal w ilości 1,5 — 2,0 na dobę. Rozczyn wodanu chloralu wprowadza się jednorazowo, w lewatywie, zazwyczaj z rana, barbituraty zaś małymi dawkami po 0,2 — 0,3 per os co 4 — 5 godzin.

Pięcioletnia praktyka potwierdziła słuszność takiej kombinacji środków nasennych, które sprowadzają spokojny, mocny sen, trwający 20 — 22 godzin na dobę. Leczenie trwa 15 — 20 dni, przy czym dawki środków nasennych można stopniowo zmniejszać.

PIELĘGNACJA

Po wstępnych klinicznych, rentgenologicznych i laboratoryjnych badaniach umieszcza się chorych w cichych i zaciemnionych separatkach pod opieką doświadczonego personelu. Chorzy są odżywiani w porze normalnych posiłków. Cierpiący na owrzodzenia żołądka lub dwunastnicy pozostają na diecie ochronnej. Ponieważ podczas głębokiego snu ulega zahamowaniu czynność ruchowa i wydzielnicza przewodu pokarmowego, wszyscy chorzy otrzymują lekkie, łatwostrawne pożywienie. W przerwach między spaniem chorzy przeważnie znajdują się w stanie lekkiego oszołomienia, wzmożonego samopoczucia (euforii); ruchy ich są niezborne. Apetyt u większości chorych wzmożony (pochodzenie ośrodkowe).

WYNIKI LECZENIA

Trzeba podkreślić, że podczas snu u cierpiących na chorobę w r z o d o w ą nie zanotowano nigdy ani krwotoku, ani perforacji chociaż wielu z nich było w ciężkim stanie.

Czasem stwierdza się przyspieszenie akcji serca, które likwiduje się niewielkimi dawkami strofantyny. Wyjątkowo podczas głębokiego snu zdarzały się wypadki zapaści (mniej niż 0,1%). Z tego względu należy chorych bardzo sumiennie pilnować, aby w porę nieść im ratunek. Jeśli trzeba z jakichkolwiek powodów przerwać sen, to najskuteczniej działa kardiazol.

Największy kontyngens spośród leczonych snem stanowili cierpiący na chorobę wrzodową, (z tego 64% na owrzodzenie dwunastnicy, a 36% — żołądka). We wszystkich tych przypadkach wynik kliniczny potwierdzało 3-krotne badanie rentgenologiczne. Prawie w 90% uzyskano dodatnie wyniki leczenia. Również trwałość rezultatów jest większa niż przy zwykłym leczeniu: po roku 90,2% leczonych snem pozostało przy zdrowiu, po pięciu latach — około 83%.

Sen stosowano także w innych chorobach: n e r w i c a c h n a r z ą d ó w w e w n ę t r z n y c h, s k ó r y itd. Prawie w 100% wyleczono z bólów, mających widoczną przyczynę jak i bólów urojonych.

Już w 1943 roku rozpoczęto leczenie snem nadciśnienia tętniczego. Wyniki były następujące: we wczesnym stadium choroby, bez organicznych zmian naczyń krwionośnych (np. miażdżyca) uzyskiwano wyniki trwałe, w postaciach przewlekłych na długi czas ustępowały zasadnicze objawy mózgowe, jednakże ciśnienie krwi, spadające na okres snu, powracało do wysokich wartości.

Tłum. W. L.

W dziale pod tym tytułem zamieszczamy materiały do popularnych wykładów z dziedziny higieny, pierwszej pomocy i ratownictwa, które powinny posłużyć każdej pielęgniarce w pracy sanitarno - oświatowej.

DR T. ROŻNIATOWSKI

Pierwsza pomoc

ZATRUCIE ALKOHOLEM

Ostre zatrucie alkoholem zdarza się, niestety, jeszcze bardzo często. Trująca dawka tego płynu jest różna dla poszczególnych ludzi, i wynosi średnio 150 — 200 cm³ wódki. Po pierwszych kieliszkach pijący odczuwa przyjemny nastrój, jest wesoły, jego myśli pracują sprawniej. Po następnych kieliszkach zjawia się już pewien chaos myślowy i ogólne podniecenie, które stopniowo może doprowadzić nawet do szału i pijany całkiem nieświadomie może popełnić przestępstwo lub zbrodnię. Następny okres zatrucia to stan śpiączki, w którym zatruty jest całkowicie nieprzytomny i nie reaguje na podniety zewnętrzne. O ile dawka alkoholu była zbyt wielka, stan taki może nawet zakończyć się śmiercią.

Ratowanie zatrutych alkoholem polega przede wszystkim na przepłukaniu żołądka. Gdy to nie jest możliwe do przeprowadzenia będziemy się starali wywołać wymioty, co nie jest sprawą trudną, ponieważ zatruci alkoholem mają do nich zazwyczaj wielką skłonność.

Gdy zatruty osobnik jest nieprzytomny, pamiętajmy że należy go dobrze przykryć, ażeby uchronić od przeziębienia, na które pijani są bardziej narażeni niż ludzie trzeźwi. Jeżeli ratujący zauważy, że pijany nieprzytomny zaczyna oddychać nieregularnie i chrapliwie lub co gorsze coraz słabiej i sinieje na twarzy, trzeba natychmiast zawiadomić lekarza, gdyż są to objawy zbliżającego się porażenia ważnych dla życia ośrodków nerwowych, a co za tym idzie — śmierci. Przepłukanie żołądka oraz szybkie wstrzyknięcie środków pobudzających krążenie krwi i oddychanie jest w tych wypadkach konieczne dla uratowania życia.

Tylko wytężona, energiczna walka z alkoholizmem może zmniejszyć częstość występowania niebezpiecznych zatruć alkoholem. Odpowiednia propaganda trzeźwości i uświadamianie społeczeństwa o skutkach tego zgubnego, a tak bardzo rozpowszechnionego nałogu jest bezwzględnie konieczna.

ZATRUCIA POKARMOWE

Przyczynę zatruć pokarmowych stanowią najczęściej: zatrute mięso, nieświeże ryby oraz grzyby.

Jeżeli chodzi o mięso i ryby, to pod wpływem najrozmaitszych drobnoustrojów gnilnych białko ich ulega rozkładowi i nabiera właściwości silnej trucizny.

Objawy zatrucia są zazwyczaj bardzo burzliwe: zjawia się gorączka, nudności, wymioty, bóle brzucha, biegunka i zapaść, a w bardzo ciężkich wypadkach nawet śmierć.

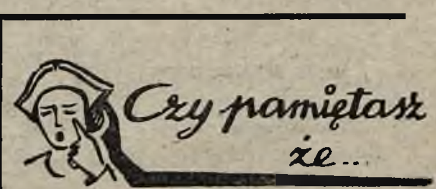
Szczególnie niebezpieczne są zatrucia zepsutymi wędlinami oraz konserwami mięsnymi i rybnymi, w nich bowiem najchętniej rozwija się laseczník jadu kiełbasianego, który produkuje niezwykle silny, przeważnie śmiertelnie działający jad. Przy kupowaniu puszek z konserwami należy zwracać wielką uwagę, żeby nie były one „nadęte", gdyż świadczy to o obecności w puszce gazu, produkowanego przez szkodliwe bakterie.

PIERWSZA POMOC

Ze względu na zawsze groźny charakter zatruć zepsutym mięsem i rybami należy jak najprędzej wezwać lekarza. Zatrucia grzybami są również jeszcze bardzo częste, ponieważ nie wszyscy potrafią odróżnić grzyby jadalne od trujących. Objawy zatrucia grzybami zależą od gatunku tych ostatnich, przeważnie jednak są to nudności, wymioty, zły stan ogólny, często nawet podniecenie, drgawki, halucynacje itp.

Pierwsza pomoc polegać będzie na podaniu choremu środka przeczyszczającego oraz mocnej kawy w celu podtrzymania czynności serca. Nie należy zwlekać z wezwaniem lekarza, który w zależności od gatunku trujących grzybów zarządzi odpowiednie leczenie.

c. d. n.



chorzy w miesiącach zimowych powinni werandować w okularach przeciwsłonecznych. Promienie słońca odbite od śniegu powodują często groźne schorzenia oczu.



Uwzględniając prośby Koleżanek, Pielęgniarek Szkolnych, dotyczące zamieszczania w naszym piśmie tekstów popularnych pogadanek o chorobach społecznych dla dzieci, drukujemy poniżej pogadankę o gruźlicy.

Zależnie od środowiska, w którym będzie ona wygłaszana (wieś czy miasto) winna być oczywiście dopasowana do warunków otoczenia.

Jednocześnie, biorąc pod uwagę, że Koleżanki nie zdołają same wygłosić tylu pogadanek, ażeby objąć nimi wszystkie klasy i szkoły podstawowe, Redakcja występuje z propozycją, ażeby o pomoc zgłosiły się do Szkół i Kursów Pielęgniarstwa na ich terenie. **(Patrz str. 20).**

HALINA LEGUTKO
Nacz. Piel. Zarz. Miejsk.,
instr. Szk. Piel.-Położn. U.J.
w Krakowie

Co powinniśmy wiedzieć o gruźlicy?

Pogadanka o gruźlicy opracowana jest dla młodzieży szkół podstawowych w wieku od 12—14 lat. W czasie wygłaszania pogadanki piszemy na tablicy poszczególne pytania, które omawiamy zmazując poprzednie.

Podkreślamy b. silnie szkodliwość bakterii, sposób zarażania się, odosobnienie chorego, znaczenie poradni przeciwgruźliczej, prewentoriów, zapobieganie, uodparnianie zapomocą szczepień szczepionką gruźliczą.

Po ukończonej pogadance powtórzymy trzy pewniki:

1. **gruźlicy się nie dziedziczy,**
2. **gruźlica jest zaraźliwa,**
3. **gruźlica wcześnie wykryta jest uleczalna.**

Jeżeli chcemy dać dzieciom zadanie do napisania podyktujemy im po skończonej pogadance wszystkie pytania, które będą stanowiły dyspozycję do zadania (dotyczy to pielęgniarek szkolnych).

I. CZY WIECIE CO TO JEST GRUŹLICA?

Gruźlica jest ciężką chorobą płuc, która czyni wielkie spustoszenie wśród ludzi. Przebieg jej jest bardzo przewlekły, pozbawiający chorego możności pracy, czy uczenia się na dłuższy okres czasu i dlatego gruźlicę można nazwać klęską społeczną. Gruźlica nie szczędzi nikogo, a najgroźniejsza jest dla dzieci, które najłatwiej ulegają zakażeniu, co często staje się przyczyną choroby, a nawet śmierci.

II. CO WYWOŁUJE GRUŹLICĘ?

Gruźlicę wywołuje zarazek, czyli bakteria zwana prątkiem. Wykrył go wielki uczony prof. Koch i od niego nazywa się prątkiem Kocha. Prątki są to maleńkie istotki, żywe, które oddychają, przyjmują pokarm, mnożą się i giną, jak wszystkie inne bakterie.

Kształt ich podobny jest do laseczki, które rozpoznać możemy tylko pod mikroskopem czyli szkłem powiększającym kilkaset do kilku tysięcy razy. Prątki rozmnażają się bardzo szybko i w bardzo prosty sposób: po dojściu do pewnego rozwoju rozdzielają się na dwie części, z tych dwóch powstają cztery itd. Wszystkie bakterie mnożą się z taką szybkością i w ten sam sposób, tylko mają inne kształty.

Prątki są bardzo niebezpieczne, złośliwe i wytrzymałe, a walka z nimi ciężka i trudna. Dostawszy się do płuc niszczą je tworząc jamy zwane kawernami. Prątki giną przez gotowanie lub w środkach takich jak lyzol lub spirytus. Również promienie słoneczne niszczą je w dużej mierze. Świeżego powietrza i światła dziennego prątki nie znoszą.

Pamiętajmy, że prątek Kocha jest złośliwą bakterią, którą zarażamy się od ludzi chorych na gruźlicę, a nie rodzimy się z nią, czyli gruźlicy nie dziedziczymy.

III. W JAKI SPOSÓB ZARAŻAMY SIĘ GRUŹLICĄ?

Najczęściej wprost od chorego na gruźlicę, z którym rozmawiamy w tak bliskiej odległości, że czujemy jego oddech na naszej twarzy. Oddech taki jest niebezpieczny, ponieważ z nim wydostają się z płuc prątki, które unoszą się w powietrzu z drobniutkimi kropelkami śliny i zarażają nas. Jest to tak zwana droga kropelkowa, za pomocą której zarażamy się gruźlicą. Chory kaszlący jest dla nas jeszcze groźniejszy, bo kaszląc wyrzuca z płuc jeszcze więcej prątków. Jeżeli taki chory pluje na podłogę, wówczas plwocina zasycha, a prątki unoszą się przy zamiataniu z kurzem i zarażają nas również.

Jeżeli więc człowiek zdrowy przebywa z chorym na gruźlicę w jednym pokoju, je tymi samymi łyżkami, z tych samych naczyń, całuje się z nim, używa wspólnego ręcznika, śpi w jednym łóżku, wówczas może się zarazić. Rodzice chorzy na gruźlicę nosząc i pieszcząc

swoje dziecko mogą je również łatwo zarazić. Zarazić się można również przez picie mleka krów chorych na gruźlicę, bo krowy też ulegają tej chorobie.

A więc strzeżmy się gruźlicy, bo jest ona bardzo zaraźliwa.



IV. GDZIE USADAWIAJĄ SIĘ NAJCZĘŚCIEJ PRĄTKI GRUŹLICY?

Prątki usadawiają się najczęściej w płucach ale mogą rozwijać się i w innych częściach naszego organizmu np. nerkach, kiszkach, mózgu, kościach, a także w skórze. U dzieci prątki atakują gruczoły szyjne i wnękowe w płucach. Gruźlicę skóry dostaje się przez wtarcie prątków do naskórka. Małe dzieci np. raczkujące, sunące pośladkami po podłodze na którą chory pluje, mogą dostać gruźlicy skóry.

V. JAKIEGO CZŁOWIEKA PODEJRZEWAMY, ŻE MA GRUŹLICĘ?

Takiego, który skarży się na osłabienie, brak apetytu i szybkie męczenie się. Są to pierwsze niepokojące objawy. Wreszcie człowiek taki zaczyna pocić się w nocy, kaszleć, pluć i ubywać na wadze. W końcu temperatura dreszcze i wypieki są już dalszymi obiawami choroby.

Wygląd człowieka chorego na gruźlicę jest nieprzyjemny, zwykle jest on chudy i ma cerę ziemistą. Czasem jednak chory ma wygląd zupełnie zdrowy nawet ma rumieńce na twarzy, a mimo to źle się czuje. Chory na gruźlicę jest zazwyczaj przykry dla otoczenia, często podraźniony.

Zapamiętajmy sobie dobrze objawy gruźlicy.

VI. JAK WYKRYWA SIĘ I STWIERDZA NA PEWNO GRUŹLICĘ U CZŁOWIEKA.

Wykrywa ją i stwierdza na pewno tylko poradnia przeciwgruźlicza. Chcąc bowiem stwierdzić gruźlicę trzeba **zbadać plwocinę** dla przekonania się czy są w niej prątki, następnie **prześwietlić rentgenem płuca** dla stwierdzenia czy niema w nich zmian spowodowanych prątkami.

Tylko poradnie przeciwgruźlicze mają wszystkie potrzebne przyrządy pomocnicze jak przyrządy do badania plwociny, mikroskop, rentgen do prześwietlania płuc — tylko one więc mogą najłatwiej wykryć gruźlicę.

Gdy poczujesz się osłabiony, zaczniesz kaszleć, stracisz apetyt zmierz temperaturę i udaj się do poradni przeciwgruźliczej. Gdy zaniedbasz i przyjdziesz za późno możesz się już nie wyleczyć. Badanie i leczenie w poradniach jest bezpłatne.

U dzieci przeprowadza się próbę tuberkulinową tj. badanie przez ukłucie naskórka na rączce lub plecach i wstrzyknięcie tuberkuliny, którą otrzymujemy z zabitych prątków gruźliczych. Badania te robimy, żeby przekonać się czy dziecko jest zarażone gruźlicą.

Takie próby na pewno i wam robiono.

Pouczajmy nasze otoczenie, że gruźlicę wykrywają wcześnie poradnie przeciwgruźlicze, przy pomocy rentgena i badania plwociny.

VII. W JAKI SPOSÓB CHRONIMY SIĘ PRZED GRUŹLICĄ?

Możemy się uchronić różnymi sposobami:

1. Najpewniej gdy odosobnimy chorego od otoczenia przez umieszczenie go w szpitalu, żeby nie mieć z nim żadnej styczności. Chory ma w szpitalu doskonałą opiekę lekarską, leczenie i prędzej może przyjść do zdrowia, aniżeli w domu gdzie często leży sam bez opieki, zarażając otoczenie.

   Jeżeli mamy odpowiednie warunki w domu przeznaczamy dla chorego osobny pokój, przestrzegając otoczenie przed dłuższym przebywaniem z nim, szczególnie nie będziemy dopuszczać do łóżka chorego dzieci. Jeżeli chwilowo nie ma możności umieszczenia chorego w szpitalu, a chory mieszka z innymi w jednej izbie, damy mu przynajmniej osobne łóżko.
2. Dajmy choremu osobne przybory do mycia, pilnując aby ich nikt inny nie używał.
3. Talerze, łyżki, garnuszki itp. naczynia, których używa chory, gotujemy w gorącej wodzie i myjemy w osobnej misce, której do niczego innego nie będziemy używać.
4. Brudną bieliznę chorego zawsze moczymy 24 godziny w roztworze lyzolu (2 łyżki na wiadro wody). W braku lyzolu użyjemy do zamoczenia wody z sodą. Chronimy w ten sposób piorącego bieliznę przed zarażeniem. Bieliznę gotujemy.
5. Chory powinien mieć spluwaczkę kieszonkową, którą po nalaniu do niej lyzolu po 24 godzinach wylewamy do ustępu, względnie spluwaczki papierowe, które należy spalać.
6. Przy kaszlu i kichaniu zasłaniamy usta grzbietem lewej ręki. Odsuwamy się od osób kaszlących, które ust nie zakrywają. Nie całujemy się nigdy w usta ze wszystkimi znajomymi.
7. Nie bierzemy do ust łyżki nieumytej, odgryzionego chleba, owocu, ani papierosa po nikim, nawet po najbliższych w rodzinie.
8. Nie pijemy mleka nieprzegotowanego.
9. Wietrzymy często nasze mieszkanie i klasy.
10. Szczepimy dzieci przeciw gruźlicy.



Najlepszym sposobem uchronienia dzieci przed gruźlicą jest szczepienie ich szczepionką przeciwgruźliczą, która uodparnia organizm podobnie jak szczepionka ospy uodparnia przeciwko ospie. Zaszczepione dziecko nie zaraża się tak łatwo od chorych na gruźlicę, ponieważ przez szczepienie wytwarzają się w organiźmie ciała odpornościowe, które zwalczają prątki w razie gdyby te wtargnęły do organizmu.

VIII. CZY GRUŹLICA JEST CHOROBĄ ULECZALNĄ?

Tylko wcześnie wykryta gruźlica jest uleczalna. Toteż leczenie rozpoczynamy najpierw przez poradnię przeciwgruźliczą, która stwierdzi stan choroby rentgenem i zacznie leczyć kontrolując często płuca. Następnie chorzy na gruźlicę leczą się w szpitalach, sanatoriach i zakładach, które rozporządzają odpowiednimi środkami i lekami. Chorzy na gruźlicę są w nich bardzo dobrze odżywiani, gdyż to jest jeden z warunków wyleczenia.

Dla dzieci są specjalne sanatoria dziecięce, w których leczą się dzieci chore na gruźlicę. Sanatoria są pobudowane w okolicach podgórskich, lesistych, gdzie dzieci otoczone są doskonałą opieką lekarską i pielęgniarską. Toteż dużo dzieci opuszcza sanatoria odzyskawszy zdrowie całkowicie.

Pamiętajmy więc, że gruźlica wcześnie wykryta jest uleczalna.

JAK CHRONIMY DZIECI PRZED GRUŹLICĄ?

Jako nowoczesną metodę w walce z gruźlicą stosujemy obecnie szczepienie dzieci i młodzieży szczepionką przeciwgruźliczą B. C. G.

Dziecko zaszczepione otrzymuje w ten sposób bardzo znaczną ochronę przed gruźlicą. Nie każde dziecko wymaga szczepienia. Szczepimy tylko te dzieci, które z gruźlicą się jeszcze nie zetknęły, ponieważ tym dzieciom, które się z gruźlicą zetknęły szczepienie jest niepotrzebne.

Próby tuberkulinowe, które poprzedają szczepienia pozwalają nam ustalić, które dziecko wymaga szczepienia. Dzieci, które po próbie wykazują naciek i zaczerwienienie nie muszą być szczepione. Dzieci te zetknęły się już z gruźlicą. Na szczęście zetknięcie się z gruźlicą, nie zawsze prowadzi do choroby, lecz w większości daje ochronę przed gruźlicą.

Taką właśnie ochronę przed gruźlicą dajemy przez szczepienie B. C. G. z tą jednak korzyścią, że nigdy nie narażamy przez szczepienie dziecka na zachorowanie na gruźlicę.

W dzisiejszej Polsce rozwinięto bardzo szeroko akcję badań masowych dzieci i młodzieży szkolnej. Te masowe badania wykrywające gruźlicę w szkołach pozwalają objąć chore dzieci odpowiednią opieką i leczeniem, zaś pozostałym dzieciom dają gwarancję przebywania w szkole w zdrowym otoczeniu.

JAK NASZE PAŃSTWO WALCZY Z GRUŹLICĄ?

Gruźlica, choroba nędzy i głodu, szerzyła się w Polsce ze specjalnym nasileniem w okresie przedwojennym i w czasie wojny, w czasie gdy krajem naszym rządzili kapitaliści, którym los człowieka biednego był obojętny.

Dziś, gdy rządy w Polsce sprawuje lud, czyni się wszystko, by zniszczyć tę chorobę.

Co uczynił więc rząd Polski Ludowej w celu zapobieżenia rozszerzaniu się gruźlicy?

Rząd postarał się przede wszystkim o poprawienie warunków życiowych ludzi pracujących, otoczył chorych i zagrożonych tą chorobą szczególnie troskliwą opieką, specjalnie też zatroszczono się o dzieci.

Ludziom pracującym udostępniono wczasy, by zmęczony organizm mógł odpocząć i uodpornić się na zarazki gruźlicy. Zatroszczono się o warunki ich pracy i mieszkań. Specjalnie otoczono opieką środowisko górnicze, w którym dotąd gruźlica zabierała wiele ofiar. Podniesiono płace ciężko fizycznie pracującym robotnikom, ażeby mieli możność lepszego odżywiania się i stworzenia sobie higienicznych warunków życia.

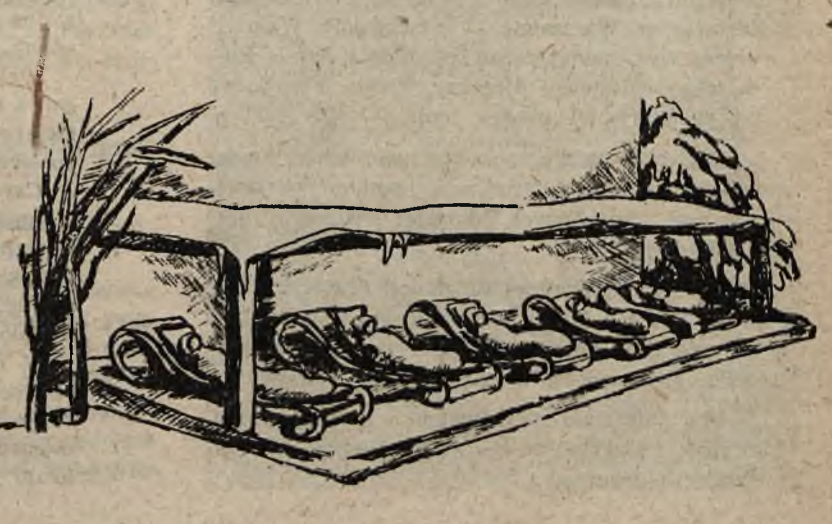
W całym kraju powstała sieć przychodni przeciwgruźliczych, sanatoriów i pięknych prewentoriów, położnych w górzystych okolicach.

Badania i leczenie chorych są bezpłatne.

CO TO SĄ PREWENTORIA?

Prewentoria są to zakłady leczniczo-wypoczynkowe przeznaczone dla dzieci z rodzin gruźliczych i dzieci, które po ukończeniu leczenia sanatoryjnego przebywają jeszcze jakiś czas jako ozdrowieńcy. Zadaniem prewentoriów jest wzmocnić dziecko pod względem fizycznym i odosobnić dziecko od otoczenia gruźliczego.

Wreszcie bardzo ważną rolę odgrywają wczasy i kolonie wypoczynkowe, w czasie których dzieci pod odpowiednią opieką, pod wpływem dobrego odżywiania i powietrza nabywają nowych sił i zdrowia.



DO SŁUCHACZEK SZKÓŁ I KURSÓW PIELĘGNIARSTWA! OGŁASZAMY WSPÓŁZAWODNICTWO W RAMACH CZYNU PRZED 1-szym MAJA

Na stronie 17 naszego pisma zamieściliśmy, zgodnie z życzeniem Koleżanek Pielęgniarek Szkolnych pogadankę o gruźlicy. Pogadanka ta jest przeznaczona dla dzieci od lat 12 do 14 ze szkół podstawowych w miastach i wsiach.

Ponieważ jesteśmy przekonani, że przy najlepszych nawet chęciach ze strony Pielęgniarek Szkolnych nie będą one w stanie wygłosić tej pogadanki we wszystkich klasach i szkołach podstawowych, proponujemy, ażeby Słuchaczki Szkół i Kursów Pielęgniarstwa przyszły z pomocą swym starszym Koleżankom.

Jesteśmy pewni, że znajdzie się wiele z Was, które chętnie poświęcą nieco czasu, choćby nawet w ramach prac świetlicowych, ażeby udać się do szkół z pogadanką o gruźlicy.

A wierzcie nam, że korzyść będzie obopólna!

Akcję tę polecamy w opiekę Dyrekcjom i Samorządom Szkolnym, które winny wejść w porozumienie z Poradniami Szkolnymi na danym terenie.

A więc:

1) KTÓRY SAMORZĄD PRZEPROWADZI NAJWIĘCEJ POGADANEK DLA DZIECI SZKÓŁ PODSTAWOWYCH?

2) KTÓRY SAMORZĄD WYKAŻE NAJWIĘCEJ INWENCJI I POMYSŁOWOŚCI W DOTARCIU Z POGADANKAMI NA WIEŚ?

Z uwagi na duże różnice w ilości słuchaczek przebywających w Szkole i na Kursie M. P., współzawodnictwo pomiędzy Szkołami i Kursami ogłaszamy osobno.

TERMIN WSPÓŁZAWODNICTWA: OD 1-I DO 1-IV; po tym terminie należy przesłać do Redakcji wykazy pogadanek, przeprowadzonych w mieście i na wsi, z zaznaczeniem ogólnej ilości słuchaczek Szkoły lub Kursu.

Wyniki ogłosimy w ramach CZYNÓW 1-MAJOWYCH.

A WIĘC KOŁA ZMP PRZYSTĘPUJĄ DO OPRACOWANIA PLANU!!!

REDAKCJA

Poniżej zamieszczamy list słuchaczek Szkoły Instruktorek Piel. i Szkoły Piel. ZZPSZ wysłany z okazji 32 rocznicy Wielkiej Socjalistycznej Rewolucji Październikowej do Redakcji „Medicinskiej Siestry" w Moskwie.

W trzydziestą drugą rocznicę Wielkiej Socjalistycznej Rewolucji Październikowej słuchaczki pierwszej szkoły Instruktorek Pielęgniarstwa i uczennice Szkoły Pielęgniarstwa Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia w Warszawie — przesyłamy Wam z naszej wyzwolonej przez bohaterską Armię Radziecką — ludowej ojczyzny, gorące i serdeczne, proletariackie pozdrowienie.

Z głęboką wdzięcznością wspominamy Waszą bohaterską i bezinteresowną pomoc okazaną nam w najcięższych dniach naszych walk i odbudowy.

W rocznicę Wielkiej Rewolucji, chciałybyśmy podzielić się z Wami wspomnieniami lat przedwojennych i obecnymi osiągnięciami w naszym kraju, zwłaszcza w dziedzinie pielęgniarstwa.

Pielęgniarstwo przedwojenne było wysoce elitarne i służyło w głównej mierze klasom uprzywilejowanym.

Dzięki bohaterskiej, niezwyciężonej Armii Radzieckiej i walczącemu u jej boku Wojsku Polskiemu — spełniły się marzenia milionów uciskanych i stała się faktem dokonanym — Polska Ludowa.

Demokracja Ludowa pchnęła pielęgniarstwo polskie na nowe tory, skład socjalny kadr pielęgniarstwa zmienił się zasadniczo.

Uczennice szkół pielęgniarstwa — to córki chłopów i robotników. Odtąd pielęgniarstwo służy masom pracującym, otacza opieką zdrowotną wszystkich ludzi pracy — budowniczych silnej, niezawisłej, Polski Ludowej.

Pielęgniarki polskie dzięki stałemu dokształcaniu się i kursom, organizowanym przez Ministerstwo Zdrowia, mają możliwość awansu społecznego.

Czytając Wasze miesięczniki jak: „Felczer i akuszerka" oraz „Pielęgniarka", poznajemy warunki pracy i osiągnięcia pielęgniarek radzieckich, toteż pragnęłybyśmy z całego serca nawiązać z Wami bezpośredni kontakt i bezpośrednio dzielić się doświadczeniami zawodowymi.

W rocznicę Rewolucji zobowiązujemy się jeszcze więcej oraz wytrwalej pracować i opierając się na doświadczeniach WKP(b) zbliżyć moment urzeczywistnienia socjalizmu w naszym kraju".

Nowe absolwentki

Dnia 16. X. 49 r. odbyła się we Wrocławiu uroczystość wręczenia dyplomów absolwentkom Szkoły Pielęgniarstwa PCK.

W uroczystości wzięli udział liczni zaproszeni goście, wśród których byli delegaci PZPR, ZMP, Zw. Zaw., przedstawiciele Uniwersytetu Wrocławskiego. Po części oficjalnej goście byli obecni na obiedzie w Szkole, gdzie w gronie absolwentek i dyrekcji spędzili kilka godzin.

Dyplomy otrzymały:

Bagińska Maria
Bieniewska Irena
Buczek Kazimiera
Bursche Maria
Calińska Irena
Czekalska Teresa
Dembowska Hanna
Dąbrowska Janina
Fil Zofia
Fornalska Aniela
Golaś Magdalena
Grzesiczek Helena
Gwóźdź Stefania
Hipek Lidia





Junczyk Danuta
Kowalczyk Barbara
Kowalska Teresa
Lipczak Elżbieta
Łapińska Teodozja
Łukiańska Olga
Majdrowicz Maria
Manczak Teresa
Misztal Bogumiła
Maksym Genowefa
Magierko Teodozja
Maliszewska Henryka
Milczyńska Bożena
Moszoro Maria
Myślińska Janina
Piatecka Mieczysława
Poczatko Maria
Pizar Stanisława
Pokusińska Krystyna
Przybyło Kazimiera
Prus Wanda
Seidler Mirosława
Starzak Irena
Stasiewicz Halina
Szampera Lidia
Szpakowska Antonina
Szpakowska Teresa
Tomalik Maria
Teodorczuk Teresa
Warchałowska Wiesława
Westwalewicz Kazimiera
Woźniak Maria
Wójcicka Zofia
Wyrzykowska Barbara
Zakrzewska Marta
Żakowska Aleksandra

Poniżej zamieszczamy apel słuchaczek Szkoły Pielęgniarstwa PCK we Wrocławiu:

DO KOLEŻANEK PIELĘGNIAREK!

„W nowej Polsce — nowe pielęgniarki"

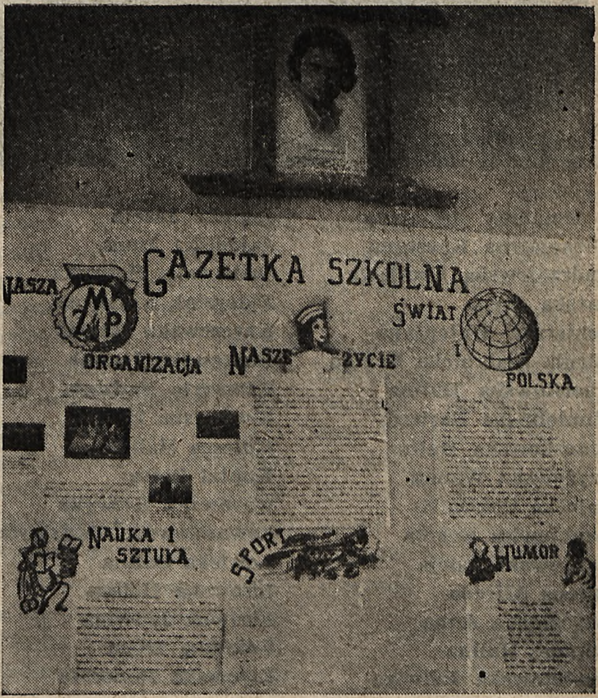
— Oto hasło, które rzuca Szkoła Pielęgniarstwa PCK we Wrocławiu wszystkim Koleżankom z całej Polski.

Zrywamy z przestarzałymi teoriami, że miejsce pielęgniarki jest tylko przy łóżku chorego. My, wraz z całym społeczeństwem, odbudowujemy od podstaw nasz kraj i dlatego nie brak nas na żadnej placówce.

Prawie wszystkie jesteśmy zorganizowane w Związku Młodzieży Polskiej, który pomoże nam do stworzenia nowej postaci pielęgniarki, świadomej tego, że tylko kraj Socjalizmu może dać szczęście wszystkim ludziom pracy. A więc ochoczo i z zapałem bierzmy udział we wszystkich masowych akcjach.

Budowaliśmy nową linię tramwajową we Wrocławiu, wyjechałyśmy na wieś na żniwa; nasze ekipy sanitarne docierają do najodleglejszych chat wiejskich, a zespoły artystyczne przy ZMP niosą radość i piosenkę strudzonym pracą robotnikom. Nie szczędzimy swych rąk i przy odgruzowywaniu naszego miasta, chociaż w Szkole oprócz nauki mamy wiele innych zajęć.

Co tydzień zebranie ZMP, na którym zawsze można usłyszeć ciekawy referat ideologiczny, oprócz tego odbywają się zebrania kó-



łek: naukowych, sportowych, artystycznych, a każde z nich ma szerokie pole działania na terenie naszej Szkoły. Raz w miesiącu urządzamy wieczór świetlicowy, na który zapraszamy kolegów i koleżanki z kół fabrycznych.

W naszej pięknej świetlicy — gdzie ze ścian patrzą na nas przywódcy młodzieżowi jak Hanka Sawicka, Janek Krasicki i in. — pogłębiamy nasz światopogląd naukowy, kształcimy się ideologicznie i bawimy się beztrosko i wesoło.

Ale nie myślcie koleżanki pielęgniarki, że cierpi na tym nasza praca na terenie szpitala, że zaniedbujemy się w wykonywaniu naszych obowiązków — o tym chyba najlepiej mogliby powiedzieć chorzy, którzy, jak sami podali do prasy, są pełni podziwu dla niestrudzonej pracy młodych pielęgniarek.

W codziennej twardej walce wykuwamy nowe, lepsze jutro!

„My nie chcemy dziś wojny ni boju,
dość krwi braci i ofiar faszyzmu,
My jesteśmy siostrami pokoju,
strażnikami idei socjalizmu".

Dnia 11 listopada 1949 r. odbyło się wręczenie dyplomów 70 absolwentkom Państwowej Szkoły Położnych w Białymstoku.

Na uroczystości byli obecni przedstawicieie władz państwowych, samorządowych, Partii oraz Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia.



Dyplomy otrzymały:

Abramówna Krystyna
Andrzejewska Czesława
Barska Irena
Bekierska Walentyna
Birula-Białynicka Regina
Chełstowska Halina
Chmielińska Barbara
Czaczkowska Halina
Czyżewska Wanda
Dalecka Weronika
Dankiewicz Regina
Dąbrowska Łucja
Farens Alfreda
Gaździńska Anna
Geniusz Halina
Gurtatowska Jadwiga
Jagiełło Józefa
Jajdelska Irena
Jaśkowska Henryka
Jędrysiak Krystyna
Karczewska Regina
Kaszewska Joanna
Kowszyło Nadzieja
Krajewska Helena
Kulesza Halina
Kuptal Raisa
Kurowska Henryka
Lewandowska Zdzisława
Lewicka Halina
Lisowska Helena
Lisówna Jadwiga
Lotarska Irena
Łętowska Honorata
Makarewicz Walentyna
Małecka Halina
Marcinkiewicz Helena
Matczak Kazimiera
Matosiuk Maria
Mazurkiewicz Alina
Michniewicz Marta
Milart Lucyna
Niemcewicz Maria
Niewiadomska Jadwiga
Nowak Wanda
Obrębska Justyna
Orłowska Jadwiga
Pachman Alina
Piasecka Irena
Ploplówna Helena
Podgórniak Teresa
Prawdzik Stanisława
Prusinowska Elżbieta
Przybysz Stanisława
Przychodna Janina
Rewkowska Maria
Rzyśkiewicz Krystyna
Skiepko Zofia
Skowrońska Anna
Sobocińska Maria
Sokołowska Regina
Spirydowicz Jadwiga
Szemplińska Julia
Szewczyk Wacława
Taczalska Irena
Torwerd Genowefa
Ustynowicz Irena
Wasilewska Helena
Wysocka Julia
Zagórna Janina
Żelaźnicka Leokadia

Uczennice, z których większość objęła już różne placówki pracy tą drogą jeszcze raz składają serdeczne podziękowania swej Szkole za wszystko co w niej zdobyły, składają podziękowania Dyrektorowi dr Józefowi Nizińskiemu, Instruktorce, siostrze przełożonej I Szpitala Miejskiego, Halinie Obryckiej oraz wszystkim wykładowcom i instruktorkom za ich ofiarną pracę pedagogiczną.

Nasze przykazania



BĄDŹ PUNKTUALNA! Czeka na ciebie z raportem zmęczona koleżanka!



— Siostro! baaasen!!!
— No pomyśl, już pięć minut spokojnie słucham tych krzyków, a przełożona powiedziała dziś, że brak mi cierpliwości?



Wolna Trybuna

Przesyłam Szanownej Redakcji kilka uwag, które mi się nasunęły przy czytaniu artykułu „Nasze Nowe Koleżanki“, zamieszczonego w numerze lipiec-sierpień 1949 r. „Pielęgniarki Polskiej“. Uprzejmie proszę o umieszczenie ich w naszym piśmie i przy tej okazji wyrażam moje szczere uznanie i wdzięczność za doskonałą jego redakcję i ciekawe artykuły naświetlające nowe zagadnienia pielęgniarskie. „Pielęgniarka Polska“ pozwala nam, starszym pielęgniarkom, zmuszonym złym stanem zdrowia do wycofania się z pracy, w ten sposób odświeżyć i uzupełnić wiadomości z dziedziny pielęgniarstwa i utrzymać kontakt z bieżącymi zagadnieniami naszego zawodu.

Numer „Pielęgniarki Polskiej“ z lipca i sierpnia rb. wniósł wiele cennego materiału informacyjnego, specjalnie zaś artykuł „Nasze Nowe Koleżanki“. Za niezmiernie trafne uważam rozwiązanie problemu niedoboru sił pielęgniarskich, w celu wypełnienia luk na nowych placówkach służby zdrowia, które to luki powstały w związku z rozwojem naszego życia społeczno-gospodarczego i w związku z troską o zdrowie człowieka pracy oraz podniesienie zdrowotności szerokich mas społecznych. Mimo szybko rozwijającego się szkolnictwa zawodowego i czynnych obecnie 21 szkół pielęgniarstwa w Polsce, nie jesteśmy w stanie dostarczyć odpowiedniej liczby wykwalifikowanych pielęgniarek dla zaspokojenia potrzeb zdrowotnych naszego społeczeństwa.

Wyżej wymieniony artykuł przedstawia objektywnie obecny stan pielęgniarstwa i zaprojektowaną przez Ministerstwo Zdrowia reformę szkolenia pielęgniarek; forma dialogu dwuch pielęgniarek streszcza obawę, wyrażoną przez jedną z nich, obawę obniżenia zawodu pielęgniarskiego przez dopuszczenie dwuszczeblowego szkolenia. Przekonywująco też zbija ten zarzut kontragumentami, z których wysoce trafny jest moment podkreślający nasz stosunek do młodszych, nowych koleżanek. Od nas bowiem starszych, wykwalifikowanych pielęgniarek w głównej mierze będzie zależał poziom kwalifikacji młodych sił pielęgniarskich.

Przyznać należy, że krótkotrwały 6-miesięczny kurs pielęgniarstwa z podbudową li tylko 7-letniej szkoły podstawowej nie może dorównać pełnemu wyszkoleniu zawodowemu, jakie daje 2-letnia szkoła pielęgniarstwa pod względem praktyki i teorii. Pamiętać jednak musimy, że dalsze przeszkolenie otrzyma młodsza pielęgniarka w zakładzie pracy: w szpitalu, ośrodku zdrowia, poradni itp., do którego po odbytym kursie zostanie skierowana, aby tam, pod kierunkiem pełno-kwalifikowanej pielęgniarki, uzupełnić swe wiadomości teoretyczne i praktyczne.

Z tą chwilą zaczyna się nasza odpowiedzialna — dla dobra naszego zawodu i szerokich mas społecznych — praca nad należytym przygotowaniem młodszych koleżanek do zawodu pielęgniarskiego, praca, mająca wpajać w nie sumienność oraz odpowiedzialność za wykonane obowiązki.

Uczmy je właściwego podejścia do chorego oraz należytego prowadzenia oddziału szpitalnego względnie społecznej placówki pracy. Możemy tutaj w całej pełni wykazać nasze umiejętności fachowe i wychowawcze, a każda placówka, do której będą skierowane młodsze pielęgniarki stanie się jednocześnie szkołą pielęgniarstwa w miniaturze, a pielęgniarki dyplomowane w charakterze sióstr oddziałowych — ich instruktorkami klasowymi i teoretycznymi. Obowiązkiem ich będzie przeszkolenie powierzonych ich opiece i fachowemu kierunkowi młodszych pielęgniarek w zakresie specjalności, jaką dany dział pracy przedstawia. Zdaje mi się, że ten rodzaj przeszkolenia łączący praktyką z teorią może nawet przewyższyć pod względem swych wyników metody szkolenia w szkołach pielęgniarstwa, gdyż będzie się odbywał bezpośrednio na terenie samej pracy w ścisłej łączności. — Sądzę, że zastrzeżenia i obawy obniżenia poziomu, wysunięte w przytoczonej rozmowie okażą się w praktyce zupełnie bezpodstawne, bowiem od zdolności pedagogicznej, obserwacji i umiejętności podejścia do młodszych pielęgniarek będzie zależał poziom nowych kadr pielęgniarskich. Współżycie z nimi na terenie pracy pozwoli nam, starszym pielęgniarkom, zauważyć i wyrównać braki w wykształceniu naszych młodszych koleżanek, zaś postawa pielęgniarki wykwalifikowanej, oddziałującej słowem i przykładem powinna pomóc w urobieniu dodatniego typu nowej polskiej pielęgniarki.

Nowe obowiązki nałożone na dyplomowane pielęgniarki w tym systemie szkolenia przyczynią się do pogłębienia ich własnej wiedzy, gdyż ucząc drugich — najlepiej uczy się samemu. To samo dotyczy sprawności praktycznej i pracy nad osobowością, by stać się wzorem dobrej pielęgniarki.

Jak najsilniej należy podkreślić właściwe podejście do nowych młodszych koleżanek, aby zdobyć ich zaufanie, ułatwić im trudne początki pracy pielęgniarskiej i wżycie się w nowe otoczenie.

Żywo staje mi w pamięci w czasie mojego pobytu zagranicą postać pewnej pielęgniarki francuskiej, która na oddziale położniczym z braku pielęgniarek miała do pomocy niewykwalifikowane dziewczęta. Serdeczne zajęcie się ich wykształceniem fachowym i ogólnym urobiło z tych dziewcząt pierwszorzędne siły pomocnicze pielęgniarskie, które pracą swą, wiadomościami i postawą przedstawiały jednostki bardzo dodatnie, cenione przez lekarzy, lubiane przez chorych i współtowarzyszy pracy. Wspomniana pielęgniarka nie żałowała ani czasu ani trudu, by tym dziewczętom wpajać zasady pielęgniarstwa, czystości i aseptyki na oddziale, gdzie zalety te odgrywają pierwszorzędną rolę.

Sądzę, że większość z nas, po gruntownym przemyśleniu tego problemu, zrozumie jak piękne i odpowiedzialne wyłaniają się dla nas zadania o niebywałym zasięgu i znaczeniu dla dobra naszego kraju dla zaspokojenia potrzeb zdrowotnych szerokich mas społeczeństwa. W ten sposób nasze ambicje zawodowe nie ulegną obniżeniu, wręcz odwrotnie, znajdą szerokie pole dla słusznej ekspansji.

Zofia Łazarewicz

Pielęgniarka, Poznań

KRONIKA

Z. Z. P. S. Z.

W pierwszym etapie WSPÓŁZAWODNICTWA PRACY trwającym do dnia 1 października rb. Zarząd Główny ZZPSZ przyznał tytuł i premię przodownika pracy 942 członkom Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, a w tej liczbie 109 pielęgniarkom i pielęgniarzom, których nazwiska podajemy poniżej:

WARSZAWA

FĘCKA ZOFIA, Szpital Dz. Jezus
WAWRYKIEWICZ MARIA, Szpital Dz. Jezus
WIŚNIEWSKA JADWIGA, Szpital Dz. Jezus
PNIEWSKA IRENA, Szpital Dz. Jezus
MARCHLEWSKA JANINA, Warsz. Szpit. dla Dzieci
DUTKIEWICZ JANINA, Warsz. Szpital dla Dzieci
MICHNIAK JANINA, Szpit im. Karola i Marii
WOJDALSKA MARIA, Szpit. im. Karola i Marii
LISIŃSKA IRENA, Szpital Św. Ducha
SLESZYŃSKA FELICJA, Szpital Św. Ducha
HASIUK MICHAŁ, Szpit. dla Psych. Chorych, Drewnica
GAWRON ZENOBIA, Klinika Dermat. Uniw. Warsz.
WOŹNIAK JÓZEFA, Klinika Dermat. Uniw. Warsz.
GRĄTKOWSKA JÓZEFA, Dom ks. Boduena
ZAJĄC HELENA, Dom. ks. Boduena
KOTOROWICZ HALINA, Pogotowie Ratunkowe
SADOWSKA JÓZEFA, Klinika Pediatr. Uniw. Warsz.
BOROWICZ SABINA, Klinika Pediatr. Uniw. Warsz.

KRAKÓW

KUBIAK ZOFIA, Szpit. Psychiatryczny, Kobierzyn
KUDASIEWICZ ANNA, Szpit. Psychiatr., Kobierzyn
URBAN MARIA, Szpit. Psychiatr., Kobierzyn
PAŁYS STANISŁAW, Szpit. Psychiatr., Kobierzyn
HOP JADWIGA, Szpit. Psychiatryczny, Kobierzyn
BŁAŻ ANTONINA, Szpit. Psychiatryczny, Kobierzyn
PORĘBSKA BRONISŁAWA, Szpit. Psych., Kobierzyn
MARSZAŁEK WANDA, Klinika Chirurg., Kraków
TONDERA ANTONINA, Klinika Chirurg., Kraków
WOLF TERESA, Klinika Chirurg., Kraków
PUDŁOWSKA JANINA, Klinika Ginekolog., Kraków
RZEŹNIK WANDA, Klinika Ginekolog., Kraków
FRĄCKIEWICZ ANNA, Klinika Ginekolog., Kraków
MOROK ANIELA, Klinika Ginekolog., Kraków
WILK JULIA,, Klinika Ginekolog., Kraków

POZNAŃ

SOBOLEWSKA STEFANIA, Koło
MAŁUSZKOWA MARTA, Ostrów
ZBOROWSKA JADWIGA, Września
PIOTROWSKA MARIA, Poznań
DĄBROWSKA PRAKSEDA, Nowy Tomyśl
WOLTMAN STEFANIA, Czarnków
CIOŁEK-GAJOWA JÓZEFA, Miejska Poradnia, Kalisz
GONDEK MARIA, Miejska Poradnia, Kalisz
GIBOWSKA HONORATA, Powiat. Poradnia, Konin
KOZŁOWSKA JADWIGA, Powiat. Porad. Krotoszyn
ADAMSKA JÓZEFA, Powiat. Poradnia, Srem
STANAKOWSKA KRYSTYNA, Powiat. Porad., Srem
FILIPOWICZ ANTONINA, Pow. Porad., Zielona Góra
WASILEWICZ JANINA, Pow. porad., Zielona Góra

KATOWICE

WICHER MAKSYMILIAN, Szpit. U. S. Siemianowice
CHABRYKA KLARA, Szpit. U. S. Mysłowice
KOZA ADOLF, Szpit. Powiatowy Lubliniec
MIĘKUS ZOFIA, Szpit. Miejski Sosnowiec
KREFT AGNIESZKA, Szpit. Miejski Zabrze
KLIMP RUTA, Szpital Dziecięcy Zabrze
POPEK JANINA, Szpit. Ub. Społ. Katowice
SABAN STANISŁAW, Szpit. Ub. Społ. Chorzów
JANIK WILHELM, Szpit. Ub. Społ. Bielszowice
WARDOŃSKA KAZIMIERA, Szpit. Miejski Gliwice

ŁÓDŹ

PUTEK ANIELA, Szpit. Miejski (Betleem)
LEPA STANISŁAWA, Szpit. Miejski
CZUPRYNA MICHALINA, Szpit. Miejski (Św. Jana)
MODELSKA CECYLIA, Szpit. Miejski (Św. Antoniego)
KŁOSIŃSKA EUGENIA, Szpit. Miejski (Św. Antoniego)

SZCZECIN

DĄBROWSKA EMILIA, Szpit. Zakaźny
GUZIOŁEK FLORENTYNA, Pog. Ratunkowe
NEUMAN MARCELA, Wojew. Wydz. Zdrowia
ORLICH EUGENIA, Szpital Golencin
MIERZEKOWSKA MARIA, Szpital Wojew.
CHYCZEWSKA, Szpital Wojew.
MICHALSKA HALINA, Szpital Wojew.
DOBROWOLSKA ZOFIA, Szpital Wojew.

GDAŃSK

KICIŃSKA HELENA, Szpit. Wojew.
MIRONOWSKA TEKLA, Szpit. Wojew.
KOWALENKO ALMA, Szpit. Wojew.
KOPEĆ JADWIGA, Szpit. Wojew.
BUDYTA JADWIGA, Akademia Lek.
MIKOSZA ALDONA, Akademia Lek.
SZEWCZYK BRONISŁAWA, Akademia Lek.
GRUŻDA TERESA, Akademia Lek.

OLSZTYN

WASZKOLIS ROMANA, Szpit. Pow., Giżycko
RUDNICKA ALDONA, Państw. Szpit. Wojew., Olsztyn
TROCEWICZ ANIELA, Państw. Szpit. Wojew., Olsztyn
ALGIN ZOFIA, Państw. Szpit. Wojew., Olsztyn
FUKS JADWIGA, Państw. Szpit. Wojew., Olsztyn
WESOŁEK KRYSTYNA, Państw. Szpit. Wojew. Olsztyn
DONISZ JADWIGA, Państw. Szpit. Wojew., Olsztyn
KASZCZUK ALEKSANDRA, Państw. Szpit. Wojew. Olsztyn.

JELENIA GÓRA

MICKIEWICZ ANNA, Szpit. Miejski
BUCHOWIEC ELEONORA, Ośrodek Zdrowia
MACIEJEWSKA BRONISŁAWA, Cieplice Szpit. Pow.
KUZIOŁ ALEKSANDRA, Cieplice Szpit. Pow.
PIGON WOJCIECH, Cieplice Szpit. Pow.
JANKOWSKA JANINA, Karpacz, Prewent. ZUS.
SZCZEPAŃSKA KAZIMIERA, Szpit. Pow. Lubań
SIENKIEWICZ KAROLINA, Szpit. Pow. Lubań
SWOBODA HILDEGARDA, Szpit. Pow. Lubań
KORNAS PAWEŁ, Szpit. Pow. Kamienna Góra
WOJTASIK GENOWEFA, Ośr. Zdr .Kamienna Góra
MILEWSKA ANNA, Sanat. ZUS, Kamienna Góra
MARKOWSKA KAZIMIERA, Sanat. ZUS. Kamienna Góra
WATORSKA JANINA, Sanat. ZUS, Kamienna Góra
PROSKURNICZA LUCYNA, Ośr. Zdrowia Zgorzelec
FRĄTKOWSKA RÓŻA, Sanat. ZUS, Wysoka Łąka
MOJECKA BOŻENNA, Sanat. ZUS. Bukowiec
SOSENKO EMILIA, Sanat. ZUS. Bukowiec

BIAŁYSTOK

DZERNO MARIA, Woj. Szpital Gruźliczy
CZAJKOWSKA JADWIGA, Ubezp. Społ.
PERKOWSKA WIKTORIA, Ośrodek Zdrowia
WANDAŁOWSKA JADWIGA, Szpital Miejski
ZIELKE JADWIGA, Szpital Miejski

Z Kraju

W dn. 5 grudnia rb. odbyło się zebranie warszawskiej Sekcji Pielęgniarstwa ZZPSZ. Po zagajeniu przez przewodniczącą, kol. Żołędziowską, kol. Antoni Wardyński, wice-przewodniczący Prezydium Zarządu Głównego Zw. Zaw. Prac. Służby Zdrowia wygłosił referat o Konstytucji Stalinowskiej z okazji 17 rocznicy jej uchwalenia.

Następnie kol. Z. Żołędziowska odczytała sprawozdanie z działalności Sekcji Pielęgniarstwa za okres 3-letni. Sprawozdanie finansowe będzie podane na zebraniu styczniowym wobec zakończenia roku finansowego w dniu 31 grudnia rb. Zebrane, po krótkiej dyskusji, przyjęły sprawozdanie i uchwaliły absolutorium dla ustępującego Zarządu.

Po przedstawieniu listy kandydatek wybrano je do nowego Zarządu przez aklamację.

W skład nowego Zarządu wchodzą:

Przewodnicząca kol. Irena Niewiwódzka.

Vice-przewodnicząca kol. Maria Poznańska.

I sekretarka kol. Kwiczala Anna.

II sekretarka kol. Hutner Rachela.

Skarbniczka Zarządu: kol. Stefania Kukówna.

Członkowie Zarządu: kol. kol. Baranowska Maria, Burakiewicz Anna, Gabryszewska Eugenia, Gubrynowicz Irena, Miecznikowska Helena, Reczek-Jaworska Helena.

Sekretariat Sekcji będzie czynny we wtorki i piątki od 16 do 18.

W dniu 2 stycznia 1950 r. o godz. 16 w sali konferencyjnej Gł. ZZPSZ przy ul. Stalina 22 odbędzie się zebranie Sekcji Pielęgniarstwa, połączone z wieczorem świetlicowym i choinką dla dzieci członkiń Sekcji.

Słuchaczki I kursu Szkoły Instruktorek Pielęgniarstwa w Warszawie składają serdeczne podziękowanie Dyrekcjom Szkół Pielęgniarstwa, w których odbywały praktykę w czasie od września do listopada rb., za udzielane wskazówki, rady i dzielenie się doświadczeniem w prowadzeniu Szkoły.

W dn. 17 października rb. rozpoczął się III kurs dla instruktorek pielęgniarstwa społecznego w Ośrodku Szkoleniowym Ministerstwa Zdrowia w Zagórzu pod Warszawą.

W Ośrodku tym słuchaczki kursu mają doskonałe warunki nauki: pierwszorzędny zespół wykładowców dojeżdżający z Warszawy, duża, dobrze wyposażona biblioteka i wygodny internat. Na kursie tym szkoli się 20 pielęgniarek. W połowie grudnia rb. odbędzie się egzamin i zakończenie kursu, po czym absolwentki otrzymają stanowiska powiatowych instruktorek pielęgniarstwa lub starszych pielęgniarek w ośrodkach zdrowia, gdzie będą organizować i usprawniać pracę pielęgniarstwa w terenie według nowych wytycznych, z którymi zapoznały się na kursie. Kandydatki na kurs dobrano starannie, czego dowodem jest fakt, że większość z nich wykazuje nieprzeciętne zdolności dydaktyczne.



Nasza Korespondencja

KOL. J. K. w Jeleniej Górze.

Pełne kwalifikacje technika rentgenologicznego dają Szkoły Asystentek Technicznych. Szkoły te trwają 2 lata, od kandydatek wymaga się przedstawienia świadectwa małej matury. Przy szkołach istnieją internaty. Podajemy adresy szkół tego typu: Gliwice, ul. Armii Czerwonej 15, Kraków, ul. Zygmunta Augusta 1, Gdańsk—Wrzeszcz Akademia Lekarska, Wrocław, ul. Chałubińskiego 5.

Krótkoterminowe kursy dla techników rentgenologicznych w Polsce nie są prowadzone.

TREŚĆ

SOMMAIRE

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje: poniedziałki i środy w godz. 15—17. Redakcja czynna: codziennie 11—13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Mokotowska 14 PCK, telefony: 8-32-96, 7, 8, i 8-32-78, 9. KONTO PKO: Nr I-8326 — „Pielęgniarka Polska". Prenumerata miesięczna: zł 50,—, kwartalna zł 150,—, półroczna zł 300,—, roczna zł 600,—. CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 40 000 zł, ½ str. 25 000 zł, ¼ str. 15 000 zł, 1/8 str. 10 000 zł, 1/16 str. 7 000 zł, 1/32 str 5 000 zł.

Drukarnia Wydawnictwa „Prasa Wojskowa" w Łodzi, XII, 49. Nr 3145. 10.000. D-09446